契約書別紙 令和3年10月1日 改定

| 指定訪問介護事業所多摩済生ケアセンター訪問介護利用料 |   |                                   |              |     |      |          |                          | 護利用料           |
|----------------------------|---|-----------------------------------|--------------|-----|------|----------|--------------------------|----------------|
| サービスの種<br>類                |   | ケアプランに定めたサービス提供時間                 | 介護報酬【単位数】    |     |      |          | 項目                       | 介護報酬           |
|                            |   |                                   | 前            | 後   |      |          | 坝日                       | 【単位数】          |
| 基本利用料①                     | 身体介護  | 20分未満                             | 166          | 167 | 各種加算 |          | 早朝加算                     | 6時~8時の時、基本利用料  |
|                            |   | 20分以上~30分未満                       | 249          | 250 |      |          |                          | が2割5分増しされます。   |
|                            |   | 30分以上~1時間未満                       | 395          | 396 |      | 2        | 夜間加算                     | 18時~22時の時、基本利用 |
|                            |   | 1時間以上~1時間30分未満                    | 577          | 579 |      |          |                          | 料が2割5分増しされます。  |
|                            |   | 1時間30分以上、30分増すごと                  | 83           | 84  |      |          | 深夜加算                     | 22時~翌6時の時、基本利  |
|                            | 身体介護<br>後生活<br>援助継続                                   | 20分以上                             | 66           | 67  |      |          |                          | 用料が5割増しされます。   |
|                            |   | 45分以上                             | 132          | 134 |      |          | 2人の訪問介護<br>員等で訪問時        | 左表の基本利用料が2倍増し  |
|                            |   | 70分以上                             | 198          | 201 |      |          |                          | されます。          |
|                            | 生活 援助   | 20分以上~45分未満                       | 182          | 183 |      | 3        | 緊急時訪問介<br>護加算(回)         | 100            |
|                            |   | 45分以上                             | 224          | 225 |      |          |                          | 100            |
|                            | 看取り期<br>の対応   | 2時間未満の間隔で複数回訪問を行っ7                | を行った場合、それぞれの |     |      | 4        | 初回加算<br>(月)              | 200            |
|                            |   | 所要時間について報酬を算定いたしま                 | す。           | 200 |      |          |                          |                |
|                            | 通院等<br>乗降介<br>助<br>(1回毎)                              | 目的地が複数の時でも、居宅が始点又                 | は終点と         |     |      | <b>⑤</b> | 介護職員処遇<br>改善加算(I)        | 1ヵ月の総利用単位数に    |
|                            |   | なる時に、その間の病院等から病院等                 | への移送         |     |      |          |                          | 0.137が上乗せされます。 |
|                            |   | や、通所・短期入所系サービスの事業                 | の移送に係る乗      |     |      | 6        | 介護職員特定<br>処遇<br>改善加算(II) | ⑤の単位数に0.042が上乗 |
|                            |   | 院等への移送といった目的地間の移送                 |              |     |      |          |                          |                |
|                            |   | 降介助を提供することで算定可能とな                 |              |     |      |          |                          | せされます。         |
| そ                          | ■介護保  | 護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額自己負担となります。 |              |     |      |          |                          |                |
| の                          | ■通常の訪問区域の小平市、東村山市、東久留米市、小金井市、国分寺市を越えた居宅に公共交通機関を利用し、又は |                                   |              |     |      |          |                          |                |

■通常の訪問区域の小平市、東村山市、東久留米市、小金井市、国分寺市を越えた居宅に公共交通機関を利用し、又は 緊急時等止むを得ない事由でタクシー等を利用し訪問した場合は、実費をご負担頂きます。

- |■キャンセル料:キャンセル又は日程変更の連絡は、前日の午後5時30分までにお電話ください。
- ・午後5時30分以降~当日キャンセルは 1,000円
- ・連絡がなかったために訪問し、不在だった場合は、1,300円のキャンセル料をそれぞれ請求させていただきます。(※体調不良や急な入院のため連絡ができなかった場合及び緊急時を除きます。)
- ·①×②=A(四捨五入)、(A×回数)+(③×回数)+④=B(四捨五入) ※③、④は利用の時のみ
- ・B×⑤=C(四捨五入)、B×⑥= D(四捨五入)、(B+C+D)×11.05(地域加算)=E(端数切捨て)
- ・E×介護保険負担割合=自己負担金額(端数切捨て)
- ■介護保険給付の「支給限度額」を超えた場合は、越えた額全額が自己負担となります。

## ■請求書の郵送 毎月13日頃

他

മ

保険

外

費用

利用

料

金計

算方法

お

支払

■お支払い:ご指定の金融機関自動引き落とし【毎月23日】とさせて頂きます。ご利用契約時、口座指定等の手続きを願いします。

- ■領収書の郵送:翌々月の13日頃、前月分の請求書に同封しお届けします。※領収書は再発行できません。
- ■医療費控除:領収書に「医療費控除対象」と表記してある金額を他の医療費や介護保険サービスの負担金と合わせて 控除申告することができます。