

(別紙)

介護報酬の告示上の額(単位数)

地域密着型通所介護費 ・・・1回につき

◎基本の提供時間は 9:00 ~ 16:05

介護度	時間	7時間以上8時間未満
要介護 1		753単位
要介護 2		890単位
要介護 3		1,032単位
要介護 4		1,172単位
要介護 5		1,312単位
入浴介助加算(入浴介助を行った場合)		40単位
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		56単位
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ		76単位
個別機能訓練加算(Ⅱ)		20単位
サービス提供体制加算Ⅰイ		22単位
科学的介護推進体制加算		40単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の9.2%
同一建物減算		94単位
送迎減算		47単位

総合事業(通所型独自サービス/21)・・・1月につき

要支援 1 事業対象者(週に1回)	1,798単位
要支援 2 事業対象者(週に2回)	3,621単位
要支援 1 事業対象者(1ヵ月4回まで)	436単位
要支援 2 事業対象者(1ヵ月8回まで)	447単位
通所型独自サービス提供加算Ⅰ 1	88単位
通所型独自サービス提供加算Ⅰ 2	176単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の9.2%
送迎減算	47単位 (1回あたりの算定の場合)

法定外給付

区分	利 用 料
食 費(昼食代)	570 円
お や つ 代	120円
お む つ 代	実 費
日常生活において 通常必要な経費	実 費

私は、本文書に基づいて当施設職員(職名 管理者 氏名 (森 さおり))
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

デイサービス結紹 御中

管理者 殿

年 月 日

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

立会人 氏名 印
利用者との関係 (利用者の)