

(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

時間	7時間以上8時間未満
介護度	
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

1回につき
1回につき
1回につき
1月につき
1回につき
1月につき
1月につき
1日につき
片道につき

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Ⅰ1		88単位
通所型独自サービス提供加算Ⅰ2		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)

1月につき
1月につき
1回につき
1回につき
1月につき
1月につき
1月につき
片道につき

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。
デイサービス結絆 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)