

居宅介護サービス費改定に伴う同意書(令和 6年 4月)

ご契約者名(ご利用者名)

氏 名 _____ 様

社会福祉法人 まんのう町社会福祉協議会

[居宅介護]

居宅支援事業所

〈 サービス利用料金 〉※自己負担額は例として1割で記載しています。

○身体介護

居宅における身体介護が中心である場合

(単位 円)

サービスに要する時間	1.利用料金	2.介護給付費	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)
30分未満	2,560	2,304	256
30分以上1時間未満	4,040	3,636	404
1時間以上1時間30分未満	5,870	5,283	587
1時間30分以上2時間未満	6,690	6,021	669
2時間以上2時間30分未満	7,540	6,786	754
2時間30分以上3時間未満	8,370	7,533	837
3時間以上(30分増す毎に)	830	747	83

・サービス利用時に係る加算

特別地域加算	所定単位数×15%	左記の9割	左記の1割
--------	-----------	-------	-------

○生活援助

家事援助が中心である場合

(単位 円)

サービスに要する時間	1.利用料金	2.介護給付費	3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)
30分未満	1,060	954	106
30分以上45分未満	1,530	1,377	153
45分以上1時間未満	1,970	1,773	197
1時間以上1時間15分未満	2,390	2,151	239
1時間15分以上1時間30分未満	2,750	2,475	275
1時間30分以上(15分増す毎に)	350	315	35

・サービス利用時に係る加算

特別地域加算	所定単位数×15%	左記の9割	左記の1割
--------	-----------	-------	-------

上記の同意を証する為、本書2部を作成し、事業所、ご契約者様が署名捺印又は記名捺印の上、1部を保有するものとします。

令和 年 月 日

ご契約者(利用者)

事業所説明者

住所

まんのう町社会福祉協議会訪問介護事業所

氏名 _____ 印

説明担当者 _____ 印

代理人(立会人)(ご家族等)

事業者

社会福祉法人 まんのう町社会福祉協議会

住所

会 長 栗田 隆義 _____ 印

氏名 _____ 印