

④法定代理受領サービスに該当する場合の介護予防・通所型サービス費(10割)(利用者の負担金額は、その利用者の負担割合による額)

基本サービス費	要支援1 (1月につき)	17,980	※事業所が送迎を行わない場合は、 片道につき470円減算	
	要支援2 (1月につき)	36,210		
加 算	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1,000	3月に1回を限度	
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	2,000		
	栄養アセスメント加算	500		
	栄養改善加算	2,000	月2回を限度	
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	200	6月に1回を限度	
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500	月2回を限度	
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600	月2回を限度	
	一体的サービス提供加算	4,800		
	科学的介護推進体制加算	400		
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	880	
		要支援2	1,760	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	上記の基本サービス費と加算より、算定した単位合計の1,000分の92			

⑤法定代理受領サービスに該当しない場合のサービス料金

- ※ 利用者が、上記④の各区分・項目に該当するサービスを受け、支給限度額を超えて利用する場合、超過分については全額実費負担として請求する。
- ※ 食事の提供に要する費用については、1日あたり600円(ドリンク又はおやつのみの場合は1日110円)を請求する。
- ※ 学習療法を希望者に実施した場合の費用(教材費)については、1月あたり2,900円を請求する。
- ※ オムツに要する費用については、1枚あたりリハビリパンツMサイズ200円、リハビリパンツLサイズ230円、パット70円を請求する。
- ※ 個人的に使用する材料代については、実費負担とし相当額を請求する。

⑥その他利用料に係る事項

- ※ 介護報酬の単位端数は四捨五入した単価を算出し、金額換算する。
- ※ 法定代理受領サービスに係るサービスによる保険請求及び利用者への請求は、介護報酬の告示内容に基づき請求する。
- ※ これらの項目については、利用者及び家族に同意を得るとともに契約を交わす。