

【別表】

2023年11月1日版

1. 共生型生活介護料金表

介護給付費の1割（定率負担額）

サービス項目	サービス内容	利用単価
生活介護	共生型生活介護サービス費	日額 693 単位（7,775 円）
	福祉専門職員配置体制加算Ⅰ	日額 15 単位（168 円）
	常勤看護職員配置体制加算Ⅰ	日額 19 単位（213 円）
	初期加算	日額 30 単位（336 円）
	福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ	1 ヶ月の総単位数に 4.4%を乗じた額
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1 ヶ月の総単位数に 1.4%を乗じた額
	介護職員等ベースアップ等支援加算	1 ヶ月の総単位数に 1.1%を乗じた額

※ここに示した単価は目安です。実際の費用は1ヶ月分の利用料を合算したうえで1円未満の端数进行处理します。

杉並区における地域区分単価

	杉並区（1級地）
生活介護	11.22 円

※1ヶ月の総単位数×1単位単価＝サービス利用料

※サービス利用料×1割＝利用者負担額（定率負担）

定率負担額に関する月額上限

1ヶ月当たりのサービス利用料にかかる1割の定率負担額については、所得（世帯の収入状況）に応じて下表のとおり4区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区分	世帯の収入状況	1ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	住民税非課税世帯	0 円
一般 1	住民税課税で所得割 16 万円未満	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

食費

昼食代	800 円／回
おやつ代	150 円／回
合計	950 円／回

※外出行事等の際のレストラン等の食事代やお茶代は、各自実費を負担していただきます。

(2) その他の利用料金

名称	金額	説明
行事・レクリエーション参加費	実費相当額	納涼祭や忘年会等、特別な行事に参加される場合は、実費相当額を行事参加費として負担していただきます。
行事食費	実費相当額	敬老の日や忘年会等に提供する行事食では、通常の食材料費を超える食材を用いることがあります。 通常の食材料費を超える食事を希望される場合は、その差額について、その実費相当額を行事食費として負担していただきます。
外食・外注食費	実費	希望者に対して、外食・外注食を実施します。参加される場合は、外食・外注食費として実費を負担していただきます。
材料費	実費	手工芸、折り紙、絵画、絵手紙、編み物、陶芸、書道、茶道、華道、音楽等のプログラムやクラブ活動に参加されたとき、その材料費相当額を負担していただきます。
理髪・美容サービス利用料	実費	定期的に理髪・美容サービスを実施しています。希望される場合は理髪・美容サービス利用料実費として実費を負担していただきます。
その他の物品等の実費 (ふれあいの家のものを使用した場合の金額)	実費	排泄用品、口腔ケア用品、整容用品、医療品、補助食品等の日用品は、原則として利用者に持参していただきます。ふれあいの家のものを使用した場合は、その他の実費として負担していただきます。
コピー代	(A4、A3)	10円/枚
延長サービス代	60分未満 800円 60分以上90分未満 1,600円 以降30分増すごとに、800円を加算します。	利用者の都合により、予定時間前に滞在を開始した場合、または予定時間後に滞在を継続した場合。 ※原則として事業時間内。事業時間外は、所長が許可した場合のみ利用できます。
持ち帰り弁当	1食あたり 800円(税込)	原則、通所サービスを利用する日に限ってご利用可能です。食事はお持ち帰り後2時間以内に喫食をお願いいたします。

(3) キャンセル料

『高齢者在宅サービスセンター和泉ふれあいの家共生型生活介護サービス利用契約書』第8条2項にもとづくキャンセル料は、以下のとおりです。

利用日前日の午後5時までにご連絡いただいた場合 ※前日が休業日の場合は、その前日までとなります。	無料
---	----

それ以降にご連絡いただいた場合	950円
-----------------	------

2. 支払い方法

毎月末締めで、翌月15日までに請求書を送付いたします。請求があった月の25日（集金代行システムを利用する場合には27日）までにお支払ください。ただし、請求日・支払日が土・日曜日、祝日または休日にあたる場合は、その翌日になります。

（例）4月1日から4月30日までの利用料は、5月15日までに請求書を発送しますので、5月25（26）日までにお支払ください。

※ふれあいの家では、①ゆうちょ銀行からの自動引き落とし、②ゆうちょ銀行への払込をお願いしています。（振込手数料は、利用者負担となります）

※集金代行システムの利用も可能ですので、ご相談ください。

私は、本書面により、和泉ふれあいの家から共生型生活介護サービス利用料金等について説明を受け、これを了承しました。

年 月 日

（説明者） 職 名 _____

氏 名 _____

（利用者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

（利用者の家族等） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄・関係 _____