

基準該当短期入所サービス利用者負担説明書(令和4年10月1日～)

●地域区分による1単位あたりの単価(6級地)

10,36円

障害福祉サービスの1単位あたりの単価は、「地域」及び「サービスの種類」並びに「年度」によって異なります。

当該サービスにおける東松山市(6級地)の1単位あたりの単価は、上記単価となり、ご利用者負担は下記の計算により算出されます。

$$\text{ご利用者負担} = \text{「利用単位数」} \times \text{「1単位あたりの単価」の1割}$$

この「利用者負担説明書」においては、各項目の単位数の右側に、()にて上記を加えた利用者負担額(1割)を記載しております。

なお、地域加算は、月ごとの総単位数に対して加算されるため、()内の単価の積算額と実際の請求総額に若干の差異が生じる可能性があります。

※令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1000に相当する単位数を算定する。

1 基準該当短期入所サービス費(1日につき)

※単位数の右側()内が実際の利用者負担額になります。

イ 基準該当短期入所サービス費

- ・基準該当短期入所サービス費(Ⅰ) 767単位 (795円)
- ・基準該当短期入所サービス費(Ⅱ) 235単位 (244円)

ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(1月につき)

介護職員の処遇改善に関する対策を行なっている事業所に加算されます。

- ・福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (所定単位×86/1000)単位
- ・福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (所定単位×63/1000)単位
- ・福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (所定単位×35/1000)単位

※ 上記単位数に地域区分による単価を乗じた金額の1割の金額が自己負担となります。

ハ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(1月につき)

介護職員やその他職種の処遇改善に関する対策を行っている事業所に加算されます。

- ・福祉・介護職員等特定処遇改善加算 (所定単位×21/1000)単位

二 福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算（1月につき）

福祉・介護職員処遇改善加算のいずれかを算定し、介護職員等への賃上げ効果に資する取り組みを実施している場合に加算されます

※総所定単位数に地域区分による単価を乗じた金額のご利用者負担割合が自己負担となります

・福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 (所定単位×28/1000) 単位

2 保険給付外費

□ 食費

朝	400円
昼（おやつ込み）	500円
夕	400円
おやつのみ	100円

※但し、1ヶ月の上限額を36,000円とします。

※ サービス利用時に予定されていた食事をご利用者の都合でキャンセルする場合には下記時間までに申出てください。なお、下記の時間までに申出が無く食事の用意がされた場合については、該当する食費の請求をさせていただきます。

<キャンセル受付時間>

項目	時間
朝食	当日の午前 6時00分まで
昼食	当日の午前10時00分まで
夕食	当日の午後 4時00分まで

□ 宿泊費（1泊当たり） 1,500円

※但し1ヶ月の上限額を45,000円とします。

□ 教養娯楽費 実費

※レクリエーション等で使用する材料費であり、施設で用意するものをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。

□ おむつ代

紙おむつ	140円
パンツタイプ	180円
尿取りパット	40円

□ 交通費／片道 10km未満 500円（税込）/1回
10km以上 1,000円（税込）/1回

基本的には、交通費はかかりませんが、通常の事業の実施地域（東松山市）以外の地域に居住する方が通い、訪問、宿泊を利用した場合、サービス提供に係るモニタリングを実施した場合にお支払いいただきます。

3 利用者負担の軽減措置について

□ 収入に応じた上限額（月額上限額）

世帯状況		月額上限額
一般2（市町村民税課税世帯で下記の一般以外）の方		37,200円
一般1	障害者（課税世帯で、市民税所得割合16万円未満）の方	9,300円
	障害児（課税世帯で、市民税所得割合28万円未満）の方	4,600円
低所得者（市民税非課税世帯）の方		0円
生活保護受給世帯の方		0円

*市町村地域生活支援事業もご利用の場合、ご利用になるサービスについて上限管理に合算されるものもあります。

*減額を希望される方は、市(福祉課)にご相談ください。

基準該当短期入所サービスの利用にあたり、本書面に基づいて利用者負担の説明を行いました。

事業所 所在地 東松山市松葉町2丁目5番地37
名称 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会
小規模多機能居宅介護あすみーる

説明者 所属 在宅福祉課 共生型多機能センター係
氏名

上記内容の説明を受け、サービスを利用した場合には、事業所の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

身元引受人 _____ 印