

社会福祉法人 清風園  
養護老人ホーム清風園  
一般型特定施設利用者生活介護事業所

## 利用者負担説明書

(令和6年6月1日～)

**養護老人ホーム清風園**  
**一般型特定施設利用者生活介護事業所**  
**利用料金一覧表**

【介護予防特定施設入居者生活介護】

基本料金	要介護度	要支援1	要支援2
	利用者自己負担額 1日につき（1割）	183円	313円

【特定施設入居者生活介護】

基本料金	要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	利用者自己負担額 1日につき（1割）	542円	609円	679円	744円	813円

※利用者自己負担額は1割の料金を記載していますが、介護保険負担割合証の割合による額となる場合があります。

加算額	個別機能訓練加算（Ⅰ）	1日につき 12円	
	生活機能向上連携機能加算（Ⅰ）	1日につき 100円	
	若年性認知症入居者受入加算	1日につき 120円	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1回につき 20円（6月に1回を限度とする）	
	退院・退所時連携加算	1日につき 30円（入居から30日以内に限る） ※介護予防特定施設入居者生活介護は除く。	
	サービス提供体制強化加算	1日につき（Ⅰ）22円（Ⅱ）18円（Ⅲ）6円	
	夜間看護体制加算（Ⅰ）	1日につき 18円	
	協力医療機関連携加算	1月につき 100円 ※利用者の健康状態を随時記録し、協力医療機関等へ情報提供を行った場合に1回算定	
	看取り介護加算（Ⅰ）	1日につき 72円	死亡日以前31日以上45日以下
		1日につき 144円	死亡日以前4日以上30日以下
		1日につき 680円	死亡日以前2日又は3日
1日につき 1,280円		死亡日	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1月につき 総単位数の11.0%		
科学的介護推進体制加算	1月につき 40円		

減算額	身体拘束廃止未実施減算	10%/日 減算	厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数から減算
-----	-------------	----------	--

【その他実費となるもの】

- 1 おむつ代（必要以上使用の場合）
- 2 日常生活品費・教養娯楽費
- 3 協力病院以外で、遠方の医療機関への通院に要する費用（タクシー・バス代等）
- 4 理美容代（理美容事業者へ直接お支払ください）
- 5 その他 実費

# 利用者負担にかかる同意書

年 月 日

養護老人ホーム 清風園  
一般型特定施設利用者生活介護事業所  
管理者 納富 博子 様

〈利用者住所〉 長崎県佐世保市大和町898番地 清風園

〈利用者氏名〉 \_\_\_\_\_ 印

〈身元引受人・代理人住所〉 \_\_\_\_\_

〈身元引受人・代理人氏名〉 \_\_\_\_\_ 印

養護老人ホーム清風園 一般型特定施設利用者生活介護事業所（以下「事業所」といいます。）を利用するにあたり、事業所の利用契約書に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。

その内容を十分に理解し、事業所のサービスを利用した場合に、これらの対価として、施設の定める料金を支払うことに同意すると共に、下記事項を厳守することを身元引受人又は代理人と共に誓約します。

## 記

1. 養護老人ホーム清風園の諸規定を守り、職員の指示に従います。
2. 利用料等の費用の支払いについては、養護老人ホーム清風園に対し一切迷惑をかけません。