

利用料金（1ヶ月当たりの概算）についての承諾書

ご利用者名 _____ 様

(負担割合 割)

1 介護予防給付対象サービス料金

イ) 介護費（要介護 ）	円 ×	回 =	円
ロ) 入浴介護加算（Ⅰ）	40円 ×	回 =	円
ハ) 個別機能訓練（Ⅰ）イ	56円 ×	回 =	円
ニ) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円 ×	回 =	円
小計@			

ニ) 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）@ 円 × 9.2% = 円

給付対象サービス料合計 _____ 円

2 介護予防給付対象外サービス料金

ホ) 食事提供に要する費用	550円 ×	回 =	円
ヘ) 時間外サービス利用料金	200円 ×	回 =	円
ト) 日常生活費（消耗品費等）オムツ	120円 ×	枚 =	円
パット	20円 ×	枚 =	円

利用料金（1ヶ月当たり）概算合計 _____ 円

通所介護事業の利用説明と共に、上記利用料金（概算）について説明を受け、理解し、支払うことを承諾します。

令和 年 月 日

サービス利用者 _____ 印

同意者 _____ 印