

[1ヶ月定額負担]

令和3年.4.1~

要介護度	法定代理受領分	
	同一建物居住者以外の利用者 (1割負担分)	同一建物居住者利用者 (1割負担分)
要支援 1	3,438円/月	3,098円/月
要支援 2	6,948円/月	6,260円/月
要介護 1	10,423円/月	9,391円/月
要介護 2	15,318円/月	13,802円/月
要介護 3	22,283円/月	20,076円/月
要介護 4	24,593円/月	22,158円/月
要介護 5	27,117円/月	24,433円/月

※利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。

※日割り請求にあたっては、入院と同時に利用登録を解除したのであれば日割り請求を行うこととなりますが、解除していない場合これには該当しないため、通常通り月額請求で算定となります。

*加算について 初期加算・・・指定小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として1日につき30円を加算します。

サービス提供体制強化加算 (I)・・・750円/月

介護職員処遇改善加算 (I)・・・介護報酬×10.2%

介護職員特定処遇改善加算 (I)・・・介護報酬×1.5%

科学的介護推進体制加算・・・・・・・・40円/月

認知症行動・心理症状緊急対応加算・200円/日 (開始日から7日間限度)

認知症加算 (I)・・・・・・・・800円/月 } 要介護のみ

認知症加算 (II)・・・・・・・・500円/月

若年性認知症利用者受け入れ加算・800円/月 (要介護)

450円/月 (要支援)

口腔・栄養スクリーニング加算・・・1回につき20円

(利用開始時及び6月毎に)

サービス利用者に対し栄養状態について確認を行い、介護支援専門員により、文書にて情報を共有した場合に算定します。

*実費の自己負担金の内訳 (ご利用分に応じて)

食費 : 朝250円 昼500円 夕500円

宿泊 : 1泊 2,000円 その他 : 紙パンツ実費