【例】重要事項説明書変更同意書

通所

令和３年４月１日から、春日井市介護予防・日常生活支援総合事業において、報酬が改定されるため、利用料を変更します。

１　該当するサービス

　□ 介護予防通所介護相当サービス

　□ 通所型緩和した基準によるサービス

２　変更内容　※次の表は事業所の状況に合わせて、加工して使用してください。

⑴　利用料金

ア　介護予防通所介護相当サービス（単位数単価：10.27円／単位）

（ア）基本料金（単位）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 変更前 | 変更後※ |
| 介護予防通所介護 相当サービス費 | 要支援１ 事業対象者 | 月　1,655 | 令和３年９月30日まで　月　1,674  令和３年10月1日以降  月　1,672 |
| 要支援２ 事業対象者 | 月　3,393 | 令和３年９月30日まで月　3,431  令和３年10月1日以降  月　3,428 |

　※令和３年９月30日までは、新型コロナウイルス感染症への対策として0.1％加算されます。

（イ）加算料金（単位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 改定前 | | | | | 改定後 | | | | |
| 生活機能向上グループ活動加算 | | | | 月100 | 生活機能向上グループ活動加算 | | | | 月100 |
| 運動器機能向上加算 | | | | 月225 | 運動器機能向上加算 | | | | 月225 |
| 若年性認知症受入加算 | | | | 月240 | 若年性認知症受入加算 | | | | 月240 |
|  | | | |  | 栄養アセスメント加算 | | | | 月50 |
| 栄養改善加算 | | | | 月150 | 栄養改善加算 | | | | 月200 |
| 口腔機能向上加算 | | | | 月150 | 口腔機能向上加算 | | | I | 月150 |
| Ⅱ | 月160 |
| 選択的サービス 複数実施加算 | | | Ⅰ | 月480 | 選択的サービス 複数実施加算 | | | I | 月480 |
| Ⅱ | 月700 | Ⅱ | 月700 |
| 事業所評価加算 | | | | 月120 | 事業所評価加算 | | | | 月120 |
| サービス提供強化加算 | Ⅰイ | | 要支援１ | 月72 | サービス提供強化加算 | | Ⅰ | 要支援１ | 月88 |
| 要支援２ | 月144 | 要支援２ | 月176 |
| Ⅰロ | | 要支援１ | 月48 | Ⅱ | 要支援１ | 月72 |
| 要支援２ | 月96 | 要支援２ | 月144 |
| Ⅱ | | 要支援１ | 月24 | Ⅲ | 要支援１ | 月24 |
| 要支援２ | 月48 | 要支援２ | 月48 |
| 生活機能向上 連携加算 | | | Ⅰ | 月100 | 生活機能向上 連携加算 | | | I | 月100 |
| Ⅱ | 月200 | Ⅱ | 月200 |
| 栄養スクリーニング加算 | | | | 月5 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | | I | 月20 |
| Ⅱ | 月5 |
|  | | | |  | 科学的介護推進体制加算 | | | | 月40 |
| 介護職員処遇改善加算【〇】 | | １か月の単位数の総計に（〇）%を乗じて算出した額 | | | 介護職員処遇改善加算【〇】 | １か月の単位数の総計に（〇）%を乗じて算出した額 | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算【〇】 | | 介護職員処遇改善加算を除く１か月の単位数の総計に（〇）%を乗じて算出した額 | | | 介護職員等特定処遇改善加算【〇】 | 介護職員処遇改善加算を除く１か月の単位数の総計に（〇）%を乗じて算出した額 | | | |

イ　緩和した基準によるサービス（単位数単価：10円／単位）

　　（ア）基本料金（単位）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 変更前 | 変更後 |
| 緩和した基準によるサービス費 | | １回　271  ※送迎なし | １回　331  ※送迎あり |
| １か月 | 週１回 | 月　1,220  ※送迎なし | 月　1,502  ※送迎あり |
| 週２回 | 月　2,305  ※送迎なし | 月　2,813  ※送迎あり |

　　　（イ）加算料金（単位）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 送迎加算 | 片道　27 | 廃止  （基本料金に含める） |
| 送迎減算（新設） |  | 片道 -27 |
| 運動器機能向上加算（新設） |  | 月　 180 |
| 介護職員処遇改善加算【〇】 | １か月の単位数の総計に（〇）%を乗じて算出した額 |  |

⑵　１か月あたりの利用料

　　　　　　　　　　　円となります。

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へ本書面に基づき、変更内容の説明を行いました。

　　　　　　事業者　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名

説明者職・氏名

私は、本書面に基づいて事業者から変更事項の説明を受け、同意します。

　　　　　　利用者　　住所

氏名

　　　　　　署名代行者（又は法定代理人）

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　本人との続柄

　　　　　　　　　　　氏名