

# 共同生活援助 サービス利用者負担説明書(平成 30 年 4 月 1 日～)

●地域区分による 1 単位あたりの単価

10.48 円 (6 級地)

**ご利用者負担 = 「利用単位数」 × 「1 単位あたりの単価」 の 1 割**

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」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、10.48 円となり、ご利用者負担は上記計算により算出されます。

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。

## 1 介護給付の自己負担額

### 1) 個人単位で居宅介護等を利用する場合(特例)

#### 世話人配置 4 : 1 の場合

(1) 区分 6	440 単位 / 日 (462 円)
(2) 区分 5	394 単位 / 日 (413 円)
(3) 区分 4	361 単位 / 日 (379 円)

## 2 加算等の介護給付の自己負担額

1) 福祉専門職員配置加算(Ⅱ)	7 単位 / 日 (8 円)
2) 夜間支援等体制加算(Ⅰ)	269 単位 / 日 (283 円)
3) 入院時支援特別加算(月 1 回を限度)	
入院期間が 3 日以上 7 日未満	561 単位 / 回 (589 円)
入院期間が 7 日以上	1,122 単位 / 回 (1,117 円)
4) 帰宅時支援加算(月 1 回を限度)	
外泊(帰省) 日数 3 日以上 7 日未満	187 単位 / 回 (197 円)
外泊(帰省) 日数 7 日以上	374 単位 / 回 (393 円)
5) 日中支援加算(Ⅰ)	
支援対象者が 1 人の場合	539 単位 / 日 (566 円)
支援対象者が 2 人以上の場合	1 人当たり 270 単位 / 日 (284 円)
6) 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	41 単位 / 日 (43 円)
7) 重度障害者支援加算	360 単位 / 日 (373 円)
8) 長期入院時支援特別加算	122 単位 / 日 (128 円)
9) 長期帰宅時支援加算	40 単位 / 日 (42 円)

## 10) 福祉・介護職員処遇改善加算(I)

所定単位×74/1000を加算

※所定単位は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計

## 2 介護給付費対象外

サービス提供に要する下記の費用は、実費をご負担いただきます。

- 食材料費は食数をもとに、翌月に請求させていただきます。
- 水光熱費は滞在日数をもとに、翌々月に請求させていただきます。
- 日用品費は入居者数をもとに、翌月に請求させていただきます。
- 修繕費は軽微な修繕等が発生した際、翌月に請求させていただきます。
- 月の中途に入退所があった場合の家賃・日用品費は、日割計算により請求させていただきます。
- 事業者の業務を著しく超えたサービスや個人的な要望に応じる場合は、別途の負担とし、その額は必要に応じてその都度決定するものとします。

項 目	金 額	備 考
家 賃	40,000円/月	
食 材 料 費	実 費 払 い	食材料購入費
水 光 熱 費	実 費 払 い	ガス・電気・水道・車両燃料費等
日 用 品 費	実 費 払 い	消耗品・町内会費等
修 繕 費	実 費 払 い	軽微な修繕等に使用

## 3 利用者負担の軽減措置について

### 1) 収入に応じた上限額(月額上限額)

1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

世帯状況	月額上限額
市町村民税課税世帯の方	37,200円
市町村民税非課税世帯で下記に該当しない方	24,600円
市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の年収が80万円以下の方	15,000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よっては上限管理に合算されるものもあります。

2) 収入や資産が少ない方への月額上限額の引下げ

- ・ 1) で月額上限額が、24,600円または、15,000円であること
- ・ 自宅以外の資産がなく、預金等が350万円以下で、主な収入が障害年金であること（20歳以上の方のみ）に該当する方が対象になります。

月額上限額 24,600円 → 月額上限額 0～24,600円

月額上限額 15,000円 → 月額上限額 0～15,000円

\*軽減措置を受けるためには、市町村に申請が必要です。

共同生活援助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。

平成 年 月 日

事業所 所在地 東松山市大字松山2183番地  
名 称 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会

説明者 所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、利用者負担説明の説明を受け、同意しました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印