10/1/			113 C		同け任七万・提供するサービス	
特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無						なし あり
する ^{他別で} ※_ 施する	特定施設 <i>2</i> 介護費で、 サービス 部負担※1	別の利用料で、実 (動するサービス (利 目者が全額負担)	包含 都度 ※2 ※2		料金※3	備考
) なし	なし D交換 なし	なし あり なし あり				自己負担
	r助・清拭 なし なし なし 者替え等) なし	なし <u>あり</u> なし あり に	0 0		1,650 円(税抜 1,500 円)/回 1,650 円(税抜 1,500 円)/回	週3回までは介護保険で提供し、希望により週4回目以上を実費で提供 週3回までは介護保険で提供し、希望により週4回目以上を実費で提供
) な() な(を は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	<u>なし</u> あり なし あり なし あり				保険給付+加算給付
7 /20	175K 156 155 155 155 155 155 155 155 155 155	*C W.5		0	550円(税抜500円)/10分	1 名につき(スタッフの交通費は実費負担)
	なし なし なし なし にじた特別な食事 一 に関物代行)	なし あり あり なし あり あり なし あり なし あり なし あり なし あり	0 0 0		(月額に含む) 330円(税抜300円)/1食 (月額に含む) (月額に含む)	保険給付+管理費 自己都合の場合 食費 定例の買物代行(毎週火曜日)は管理費に含む(内、第2火曜は買い物ツアー)
) なし	買物代行以外) <u>なし</u> <u>なし</u> <u>なし</u> <u>なし</u> <u>-</u>	なし あり なし あり なし あり	0	0	550円(税抜500円)/10分 550円(税抜500円)/10分 5,500円(税抜5,000円)/月	1 名につき(スタッフの交通費は実費負担)
[ー なし なし なし なし なし なし	なし あり なし あり なし あり なし あり なし あり	0 0 0		(月額に含む) (月額に含む) (月額に含む) (月額に含む)	管理費 年2回実施 管理費 管理費 管理費
	ービス					
カン ない ない ない ない ない	広し 広し 広し 広し	なし あり あり なし あり あり なし あり あり まり	0	0	(月額に含む) 550 円(税抜 500 円)/10 分 (月額に含む)	(※交通費等を受領する有償運送は道路交通法違反となる) 管理費 1名につき(スタッフの交通費は実費負担) 管理費(協力医療機関以外は役務費による) 管理費(協力医療機関以外は役務費による)
_	協力医療機関) なし 協力医療機関以外) なし)	なし あり あり なし あり あり なし あり	なし あり O あり O あり O あり O あり O あり O O O O O O O O O	なし あり O あり O	あり の (月額に含む) なし あり 0 550円(税抜 500円) / 10分 なし あり 0 (月額に含む)

別添2「有料サービスの一覧表」参照。上記以外の場合、役務費 550円(税抜500円)/10分×職員数+実費

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含さ

れる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に〇を記入する。※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。