

○ サービス提供責任者

高野陽子 丹野睦美 菅野仁美 猪狩幸奈

○ 利用料金

【 基本料金 】 8:00～18:00の昼間時間帯 ()内は自己負担額 **2割**の金額
 《 身体介護 》

20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上 30分増すごとに
1,630円 (326円)	2,440円 (488円)	3,870円 (774円)	5,670円 (1,134円)	820円(164円)が 加算される

《 身体介護+生活援助 》

身体30分未満+ 生活30分	身体30分未満+ 生活60分	身体1時間未満+ 生活30分	身体1時間未満+ 生活60分
3,090円 (618円)	3,740円 (748円)	4,520円 (904円)	5,170円 (1,034円)

《 生活援助 》

20分以上 45分未満	45分以上
1,790円 (358円)	2,200円 (440円)

《 通院等乗降介助 》

片道1回利用
970円 (194円)

《 日常生活支援総合事業 》

日常生活支援総合事業Ⅰ	1ヵ月/月額 11,760円	(2,352円)
日常生活支援総合事業Ⅱ	1ヵ月/月額 23,490円	(4,698円)
日常生活支援総合事業Ⅲ	1ヵ月/月額 37,270円	(7,454円)

【 時間料金 】 (移動時間等の介護報酬不算定時間)

《 営業区域内の場合 》 旧二本松市と旧安達郡安達町

移送時間	10分未満	20分未満	30分未満	40分未満	50分未満	60分未満
金額	600円	1,200円	1,800円	2,400円	3,000円	3,600円

《 営業区域外の場合 》 旧東和町と旧岩代町

移送時間	10分未満	20分未満	30分未満	40分未満	50分未満	60分未満
金額	1,200円	2,400円	3,000円	4,200円	4,800円	5,400円

《 上記以外の範囲を超える営業区域外への移動 》

移送時間	10分未満	20分未満	30分未満	40分未満	50分未満	60分未満
金額	1,200円	2,400円	3,600円	4,800円	6,000円	7,200円

- ①基本料金及び時間料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）夜間（午後6時～午後10時）は25%増しとなります。
- ②積雪・工事等での道路渋滞など、当社の責任によらない原因で、移動時間が通常よりかかった場合は、時間料金が追加されます。
- ③利用者の同意を得て、2名で訪問した場合は、2名分の料金となります。
- ④営業区域外から営業区域外への移動の場合は、上記時間料金に追加し、ヘルパー1人に付き、旧二本松市・旧安達町の境界線から1キロあたり200円で計算した、交通費が追加されます。2人体制の場合は、2名分での請求になります。
- ⑤3人体制の場合は、3人目は介護保険適用となりませんので、実費請求となります。

【 加 算 】 加算付加の内容は、法改正及び当事業所の都合により、変更する事があります。

加算名	単位数	利用料	自己負担 2 割
初回加算	1 回 200	1 回 2,000 円	400 円
緊急時訪問加算	1 回 100	1 回 1,000 円	200 円
生活機能向上連携加算 I	1 回 100	1 回 1,000 円	200 円
生活機能向上連携加算 II	1 回 100	1 回 2,000 円	400 円
介護職員等処遇改善加算 II	総単位数×22.4%を乗じた単位数	総利用料×22.4%を乗じた単位数	約 円

○サービス内容のご請求料金のお見積り (08 : 00 ~ 18 : 00 の昼間時間の場合)

《通院等乗降介助》 片道表記

	目的地	サービス内容	時間料金	交通費	自己負担額 2 割
①			円	円	円
②			円	円	円
③			円	円	円

《身体介護二人体制》 往復表記

	目的地	サービス内容	時間料金	交通費	自己負担額 2 割
①			円×2	円	円
②			円×2	円	円
③			円×2	円	円

○サービスの中止に係る料金 (キャンセル料)

キャンセルの場合は、重要事項説明書に記載されている料金を頂くようになりますので、キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡下さい。サービス従事者派遣後のご連絡は、無断キャンセルの扱いとなります。サービス中止は時間に余裕を持ってご連絡ください。

(連絡先 : 昭和タクシーケアステーション孫の手 電話 0243-22-1144)

〈事業者〉 昭和タクシー株式会社
 〈事業者名〉 昭和タクシーケアステーション孫の手
 介護保険指定番号 0771000148
 〈住所〉 福島県二本松市成田町一丁目753-3
 〈管理者名〉 安斎 文彦 印

上記の内容について説明を受け、承諾致しました。

令和 年 月 日

〈利用者〉 _____ 印

〈家族等〉 _____ 印