

訪問介護料金説明書

(事業所) 神奈川県みなみ医療生活協同組合
みうらヘルパーステーション

2026年 6月1日 料金改定分 4級地単価 ¥10.84

区分	対象	単位		利用者負担金 (1割負担)
週に1回程度	事業対象者・要支援1・2	月5回以上の場合	1176 単位/月	1275 円
週に2回程度	事業対象者・要支援1・2	月9回以上の場合	2349 単位/月	2547 円
週に3回以上	事業対象者・要支援1・2	月13回以上の場合	3727 単位/月	4040 円

標準的な内容の指定相当訪問型サービスの場合	1回につき	287 単位/回	312 円
生活援助が中心である場合	20分以上45分未満	179 単位/回	194 円
	45分以上	220 単位/回	239 円
短時間の身体介護が中心の場合	1回につき	163 単位/回	177 円

初回加算 ※2	200 単位	209円		
緊急時訪問介護加算 ※3	100 単位	105円		
介護職員等処遇改善加算	合計単位数に加算率28.7%を掛けた1割分の金額			

- ※2 初回月またはサービスが2か月なかった場合
※3 計画になく緊急で身体介護を行った場合
※ 一定以上の所得者は介護保険サービスを利用する時の自己負担が2割または3割になります。

この金額は、介護保険法等の法定利用料に基づく金額です。訪問介護サービスの計画により実際の料金が変わります。
また介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）全額自己負担となります。

- (1) 通常サービス提供地域については、交通費は必要ありません。
（なお通常サービス提供地域外の場合には別途実費にて交通費が発生いたします）
(2) 利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払頂きます様をお願いします。
①自動口座引き落とし（ご指定の口座からサービス提供の翌月27日に引き落とします）
②現金払い（月1回定められた日にお支払をお願いします）
(3) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、利用の前日までにご連絡下さい。
なお、当日キャンセルの場合のみ、キャンセル料を徴収します。

上記の通り料金表について説明を受け、同意し、交付されました。

年 月 日

(利用者) 住所 _____
_____ 氏名 _____ 印

(上記代理人) 代理人を選出した場合
_____ 住所 _____
_____ 氏名 _____ 印

(立会人) 住所 _____
_____ 氏名 _____ 印

上記の通り料金表について交付し説明しました。

(事業者) 所在地 三浦市南下浦町上宮田3263-1
_____ 事業者名 神奈川みなみ医療生活協同組合
_____ みうらヘルパーステーション
_____ 代表者名 藁谷 収 印

(説明者) 氏名 _____ 印