

利用者様御見積書Sheet1「料金、単位一覧」

単位表

地域単価

10.81

地域単価のみ所定の単価を記入して下さい。

1級地:10.81

2級地:10.68

3級地:10.54

4級地:10.45

5級地:10.27

6級地:10.14

その他:10

		2～3	3～5	5～7	7～9	日割り
要支援 1		2115	2115	2115	2115	70
要支援 2		4236	4236	4236	4236	139

要支援加算

運動器機能向上訓練加算

225

要支援減算

要支援 1 -376

要支援 2 -752

要介護 1	325	464	705	815
要介護 2	373	533	831	958
要介護 3	420	600	957	1108
要介護 4	468	668	1082	1257
要介護 5	514	734	1208	1405

要介護加算

入浴加算 50

延長加算 50

要介護減算

送迎減算/日 -94

処遇改善交付加算

処遇改善加算Ⅰ 1.0

処遇改善加算Ⅱ 0.9

処遇改善加算Ⅲ 0.8

保険適用外料金(円)

昼食代	550 円
おむつ代	150 円
リハビリパンツ代	100 円
パット代	50 円
お泊りサービス	1000 円
シーツ交換代	220 円
朝食代	330 円
夕食代	650 円
延長サービス	100 円
洗濯代	150 円
通所介護実費請求(要介護)	3000 円
通所介護実費請求(要支援)	5000 円
通院サポート3Hまで	3300 円
通院サポート延長4H～	1100 円

区分支給限度額

管理期間	1ヶ月(単位)
要支援1	5003単位
要支援2	10473単位
要介護1	16692単位
要介護2	19616単位
要介護3	26931単位
要介護4	30806単位
要介護5	36065単位

利用者様御見積書Sheet2「要介護見積書」

発行日 2014年4月23日

様

樹楽 ○○
〒000-0000
○○県△△市□□町
TEL: 00-0000-0000
FAX: 00-0000-0000

介護度	要介護		処遇改善	1
-----	-----	--	------	---

要介護	夜間	泊	①デイ	日
公費利用	1.有(生活保護等) 2.無	2	②デイ	日
			③デイ	日

提供時間	時間以上	時間未満
提供時間	時間以上	時間未満
提供時間	時間以上	時間未満

利用料御見積書

< 平成 26 年 月利用 >

御見積金額
0円

支給限度単位数

限度額オーバー単位数	
地域単価	10.81

介護保険適用負担	単位数	回数	合計単位数	ご負担額
① 通所介護 I				
② 通所介護 I				
③ 通所介護 I				
入浴介助加算				
通所介護送迎減算				
単位数小計				
介護職員処遇改善加算 I			0	0
合計			0	0円

介護保険外負担(内訳)	単価	回数	ご負担額
昼食材料費	550		
夜間サポートサービス			
シーツ交換代			
朝食材料費			
夕食材料費			
時間外利用			
洗濯代			
通所介護実費			
合計			0円

※上記は概算金額です。実際のサービス提供に応じて請求額は変動があります。

利用者様御見積書Sheet2「要介護見積書」

原則として、グレーで塗られているセルのみご記入下さい。
その他のセルには計算式が入っている可能性があります。

発行日 2014年4月23日

樹楽 ○○

発行日は、エクセルファイルを開いた日付が自動で出ます。(PCで設定されている日付)

介護度	要介護	2	処遇改善	1
要介護	夜間	1	泊	①デイ
公費利用	1.有(生活保護等) 2.無	2	②デイ	1
			③デイ	
提供時間	11	時間以上	12	時間未満
提供時間	7	時間以上	9	時間未満
提供時間				時間未満

①介護度を入力して下さい。
※下段の支給限度単位数に限度額が表示されます。

②-1 デイの利用日と時間を記入してください。
例)1泊2日の場合。夜間に「1」、①デイに「1」と入力し、提供時間に「11」、②デイに「1」と入力し、提供時間に「7」とご記入下さい。

※右の時間は自動で出ます。

御見積金額	5,682円	19,616単位	地域単価	10.81
-------	--------	----------	------	-------

介護保険適用負担	単位数	回数	合計単位数	ご負担額
① 通所介護 I 3 2 延 3	1,108	1	1,108	2,240
② 通所介護 I 3 2	958	1	958	
③ 通所介護 I				
入浴介助加算	50	2	100	
通所介護送迎減算	-94	1	-94	

単位数小計	2,072単位
	39
	42

②-2 デイの日数と時間を記入すると自動計算されます。
※入浴はデイの利用回数分引かれます。減算は夜間利用回数分引かれます。
ご利用実態に応じて回数は調整して下さい。
回数を手入力されますと計算式が飛びます。

※単位数小計が限度額を超えていないか確認して下さい。

単価	回数	ご負担額
550	2	1,100
1,000	1	1,000
220	1	220
330	1	330
650	1	650
100	1	100
50		
		3,400円

②-3 昼食材料費はデイの回数分、その他の白抜きの項目は、夜間利用回数分表示されます。
グレーで塗られているセルは手入力をするとう負担額が表示されます。

※上記は概算金額です。実際のサービス提供に応じて請求額は変動があります。

利用者様御見積書Sheet2「要介護見積書」

例) 介護度1で1泊2日を4週間定期利用される場合。
1泊×4回=夜間4泊。2日×4回=デイ8日となります。
さらに、デイは初日は延長3時間、帰る日は7-9になる
ので、①デイに4日で11時間。②デイに4日で7と
入力します。

発行日 2014年4月23日

樹楽 ○○
〒000-0000
○○県△△市□□町
TEL: 00-0000-0000
FAX: 00-0000-0000

介護度	要介護	1	処遇改善	1		
要介護	夜間	4	泊	①デイ	4	日
公費利用	1.有(生活保護等) 2.無		2	②デイ	4	日
				③デイ		日

提供時間	11	時間以上	12	時間未満
提供時間	7	時間以上	9	時間未満
提供時間		時間以上		時間未満

※処遇改善加算Ⅰの算定であれば「1」、Ⅱであれば
「2」Ⅲであれば「3」と入力し、算定していなければ「0」と
入力して下さい。
公費利用もあれば「1」、無ければ「2」と入力して下さい。

責書

用 >

単位数	限度額オーバー単位数
21,170円	16,692単位
地域単価	10.81

介護保険適用負担	単位数	回数	合計単位数	ご負担額
① 通所介護 I 3 1 延 3	965	4	3,860	7,723
② 通所介護 I 3 1	815	4	3,260	
③ 通所介護 I				
入浴介助加算	50	8	400	
通所介護送迎減算	-94	4	-376	
単位数小計			7,144単位	
介護職員処遇改善加算Ⅰ			136	147
合計			7,280	7,870円

介護保険外負担(内訳)	単価	回数	ご負担額
昼食材料費	550	8	4,400
夜間サポートサービス	1,000	4	4,000
シーツ交換代	220	4	880
朝食材料費	330	4	1,320
夕食材料費	650	4	2,600
時間外利用	100	1	100
洗濯代	150		
通所介護実費			
合計			13,300円

※上記は概算金額です。実際のサービス提供に応じて請求額は変動があります。

利用者様御見積書Sheet2「要介護見積書」

例) 前述の例で、他施設もご利用されており、限度額を780単位オーバーし、実費請求が必要になる場合。

発行日 2014年4月23日

樹楽 ○○
〒000-0000
○○県△△市□□町
TEL: 00-0000-0000
FAX: 00-0000-0000

介護度	要介護	1	処遇改善	1
-----	-----	---	------	---

要介護	夜間	4	泊	①デイ	4	日
-----	----	---	---	-----	---	---

公費利用	1.有(生活保護等) 2.無	2	②デイ	4	日
------	-------------------	---	-----	---	---

提供時間 11 時間以上 12 時間未満

提供時間 7 時間以上 9 時間未満

提供時間 時間以上 時間未満

利用料御見積書

＜ 平成 26 年 月利用 ＞

御見積金額	支給限度単位数	限度額オーバー単位数
28,757円	16,692単位	780単位

限度額オーバー単位数にオーバーした単位数「780」を入力すると、お見積金額に実費分が上乗せされて表示されます。

介護保険適用負				単価	10.81
① 通所介護 I 3 1 延 3				ご負担額	
② 通所介護 I 3 1	815	4	3,260	7,723	
③ 通所介護 I					
入浴介助加算	50	8	400		
通所介護送迎減算	-94	4	-376		
単位数小計				7,144単位	
介護職員処遇改善加算 I				136	147
合計				7,280	7,870円

介護保険外負担(内訳)	単価	回数	ご負担額
昼食材料費	550	8	4,400
夜間サポートサービス	1,000	4	4,000
シーツ交換代	220	4	880
朝食材料費	330	4	1,320
夕食材料費	650	4	2,600
時間外利用	100	1	100
洗濯代	150		
通所介護実費			
保険外実費請求			7,587
合計			20,887円

※上記は概算金額です。実際のサービス提供に応じて請求額は変動があります。

利用者様御見積書Sheet2「要介護見積書」

例)介護度3 30泊31日の場合

発行日 2014年4月23日

樹楽 ○○
〒000-0000
○○県△△市□□町
TEL: 00-0000-0000
FAX: 00-0000-0000

様							
介護度	要介護	3	処遇改善	1			
要介護	夜間	22	泊	①デイ	22	日	提供時間 11 時間以上 12 時間未満
公費利用	1.有(生活保護等)	2		②デイ		日	提供時間 時間以上 時間未満
	2.無			③デイ		日	提供時間 時間以上 時間未満

利用料御見積書

< 平成 26 年 月利用 >

御見積金額	支給限度単位数	限度額オーバー単位数
117,373円	26,931単位	
		地域単価 10.81

介護保険適用負担	単位数	回数	合計単位数	ご負担額
① 通所介護 I 3 3 延 3	1,258	22	27,676	28,325
② 通所介護 I				
③ 通所介護 I				
入浴介助加算	50	10	500	
通所介護送迎減算	-94	21	-1,974	
単位数小計	26,202単位			
介護職員処遇改善加算 I			498	538
合計			26,700	28,863円

介護保険外負担(内訳)	単価	回数	ご負担額
昼食材料費	550	22	12,100
夜間サポートサービス	1,000	22	22,000
シーツ交換代	220	5	1,100
朝食材料費	330	22	7,260
夕食材料費	650	22	14,300
時間外利用	100	1	100
洗濯代	150	31	4,650
通所介護実費	3,000	9	27,000
合計			88,510円

※上記は概算金額です。実際のサービス提供に応じて請求額は変動があります。

利用者様御見積書Sheet3「要支援見積書」

例)要支援1の方で、3泊4日利用された後、実費でデイを1回使用した場合。

発行日 2014年4月23日

様

樹楽 ○○
〒000-0000
○○県△△市□□町
TEL: 00-0000-0000
FAX: 00-0000-0000

介護度	要支援	1	処遇改善	1		
要支援	夜間	3	泊	デイ	5	日
公費利用	1.有(生活保護等) 2.無		2			

①-1 要支援「1」が「2」の数字を入力して下さい。

②夜間に「3」泊、デイには「5」日と入力します。
※要介護の方と違い、時間による単価変動はありませんので日数だけの入力を行います。

< 平成 26 年 月利用 >

御見積金額
16,126円

地域単価 10.81

介護保険適用負担	単位数	回数	合計単位数	ご負担額
介護予防通所介護費	2,115	1	2,115	1,880
介護予防通所介護送迎減算	-376	1	-376	
介護職員処遇改善加算	-	-	33	36
合計				1,916円

①-2 要支援の方は月額固定なので、回数は「1」と表示されます。

介護保険外負担(内訳)	単価	回数	ご負担額
昼食材料費	550	5	2,750
夜間サポートサービス	1,000	3	3,000
シーツ交換代	220	1	220
朝食材料費	330	3	990
夕食材料費	650	3	1,950
時間外利用			
洗濯代	150	2	300
介護予防通所介護実費	5,000	1	5,000
合計			14,210円

②-2 白抜きセルに昼食は「デイ」の回数、それ以外は「夜間」の回数が自動入力されます。
グレーのセルは、手入力を行います。

※上記は概算金額です。実際のサービス提供に応じて請求額は変動があります。