

利用料金表

サービスを利用した場合の基本利用料は以下のとおりであり、お支払いいただく利用者負担金は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割・3割の額です。但し、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1)第一号通所事業の利用料

【基本部分】

介護度	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要支援1	17, 980円	1, 798円	3, 596円	5, 394円
要支援2	36, 210円	3, 621円	7, 242円	10, 863円

【加算】

加算	基本利用料		利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
生活機能向上 グループ加算	1, 000円		100円	200円	300円
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	1, 500円		150円	300円	450円
口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅰ)	200円		20円	40円	60円
口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅱ)	50円		5円	10円	15円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	要支援1	880円	88円	176円	264円
	要支援2	1, 760円	176円	352円	528円
介護職員待遇改善 加算(Ⅰ)	所定の単位数に 9.2 % かけた単位数				

(2)その他の費用

延長料金	ご家族等の希望により、サービス提供時間を超える場合は、預かりサービスとして1時間につき1, 000円の料金をいただきます。
食費	昼食代として、1回につき 600円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1枚につき 100円の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する材料費等)について、費用の実費をいただきます。

単位（円）

通常規模型通所介護（6～7時間）						
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	1割負担	584	689	796	901	1,008
	2割負担	1,168	1,378	1,592	1,802	2,016
	3割負担	1,749	2,067	2,388	2,703	3,024
入浴介助加算	1割負担			40		
	2割負担			80		
	3割負担			100		
個別機能訓練加算Ⅰ口	1割負担			76		
	2割負担			152		
	3割負担			228		
口腔機能向上加算（I）	1割負担			150		
	2割負担			300		
	3割負担			450		
口腔・栄養スクリーニング加算（I）	1割負担			20		
	2割負担			40		
	3割負担			60		
口腔・栄養スクリーニング加算（II）	1割負担			5		
	2割負担			10		
	3割負担			15		
サービス提供体制強化加算（I）	1割負担			22		
	2割負担			44		
	3割負担			66		
介護職員処遇改善加算（I）		※1	※1	※1	※1	※1
食費		600	600	600	600	600

- * おむつ代は1枚につき100円です。ある方は、持参してください。
- * 上記時間を超える場合は、預かりサービスとして1時間ごとに1000円増しとなります。
- * 要介護1～5の利用料金は、1回の利用料金
- * 事業所での送迎が行われなかった場合片道－47円、基本料金からひかれます。
- * 自己負担の割合は、介護保険負担割合証にて確認させていただきます。
- ※1 介護職員処遇改善加算（I）は、介護保険の所定の単位数に9.2%かけた分が単位数になります。