

【 通所介護 料金表 】

(介護保険一部負担金内容)

大規模事業所 II

※ 1ヶ月適用 (単位)

ご利用時間	ご利用料金 (単位)					備考
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
8 ~ 9 時間	614 / 日	726 / 日	839 / 日	955 / 日	1,070 / 日	
★ 7 ~ 8 時間	598 / 日	706 / 日	818 / 日	931 / 日	1,043 / 日	
6 ~ 7 時間	535 / 日	632 / 日	729 / 日	827 / 日	925 / 日	
5 ~ 6 時間	517 / 日	611 / 日	705 / 日	800 / 日	894 / 日	
4 ~ 5 時間	356 / 日	408 / 日	461 / 日	513 / 日	566 / 日	
3 ~ 4 時間	340 / 日	389 / 日	440 / 日	488 / 日	540 / 日	

※ 契約は、↑★印のある時間が対象になります。(早期時間での終了等の状況に応じて、該当時間にて対応)

加算項目	単位	適用要件	1ヶ月適用 (単位)
ADL維持等加算 II	6 / 月	1ヶ月 6単位	
入浴介助加算	50 / 回	1日につき 50単位	
中重度者ケア 体制加算	45 / 日	1日につき 45単位	
個別機能訓練加算 I	46 / 日	1日につき 46単位	
個別機能訓練加算 II	56 / 日	1日につき 56単位	
認知症加算	60 / 日	1日につき 60単位	
若年性認知症利用者 受入加算	60 / 日	1日につき 60単位	
栄養改善加算	150 / 回	月 2回を限度	
栄養スクリーニング加算	5 / ⁶ / _{ヶ月}	6ヶ月に 1回を限度	
口腔機能向上加算	150 / 日	月 2回を限度	
送迎減算	▲47 / 日	片道につき	
サービス提供体制 強化加算 (I) イ	18 / 回		
介護職員 処遇改善加算 (I)	5.9% / 月		
介護職員等 特定処遇改善 (I)	1.2% / 月		
介護職員等 特定処遇改善 (II)	1.0% / 月		

その他の費用 (ご利用者様 10割負担 (全額負担))

項目	金額	内容	適用
食費 (昼食)	¥ 660 / 日	1食あたりの料金	
リハビリ パンツ代	¥ 110 / 枚	1枚あたりの料金	
尿取りパット代	¥ 33 / 枚	1枚あたりの料金	
フェイスタオル	¥ 28 / 枚	1枚あたりの料金	
バスタオル	¥ 88 / 枚	1枚あたりの料金	
その他の食費	費用の実費	個人の希望により、支払った個人の飲食の費用	
その他の身の回り品の費用		個人の希望により、購入した個人が使用する日用品等 (歯ブラシ、化粧品等)	
教養娯楽費		個人の希望により参加した活動や行事における個人の移動費、材料費等	
1ヶ月 適用 (単位/円) ※実費分	円		

1割負担 2割負担 3割負担

1ヶ月 適用 (単位/円) ※実費分

円

※ 介護保険負担割合証に記載されてある負担割合に応じて 1割~ 3割負担となります。

令和元年11月1日

※ 利用料金は、総単位数に地域加算 (10.54 4級他) を乗じた額となります。

【 営業時間のご案内 】

	事業所	1 単位	2 単位
	【 通所介護 】	【 35名 】	【 35名 】
営業時間	午前8時30分 ） 午後5時30分	午前8時30分 ） 午後3時40分	午前9時30分 ） 午後4時40分
営業日	月曜日 ~ 土曜日（※祝日営業有り）		
休業日	日曜日 年末年始（12/31~1/3）		

【 キャンセル料についてのご案内 】

ご利用中止 連絡時間	キャンセル料	食事代
【サービス利用】 当日	ご利用者様 負担 100%	全額実費分
【サービス利用】 前日	ご利用者様 負担 50%	無料
【サービス利用】 前々日以前	無料	無料

ご利用料金は、、、

- ・介護保険法に基づき、請求をさせていただきます。
- ・基本利用料の内訳は、「介護保険負担分」・「食費」等、ご利用頂くサービスによって異なりますので、詳細については、お尋ねください。