

ご利用者【 】様

大規模事業所 I

通所介護 料金表 (介護保険一部負担金内容)

| 利用時間 | 利用料金(単位) | | | 1月適用(単位) | | |
|------------------|----------|-----------|------|----------|-------|----------|
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | |
| 8～9時間 | 644 | 761 | 881 | 1,002 | 1,122 | |
| 7～8時間 | 626 | 740 | 857 | 975 | 1,092 | |
| 6～7時間 | 561 | 664 | 766 | 867 | 969 | |
| 5～6時間 | 541 | 640 | 739 | 836 | 935 | |
| 4～5時間 | 374 | 428 | 484 | 538 | 594 | |
| 3～4時間 | 356 | 407 | 460 | 511 | 565 | |
| 加 算 | 単位 | | 適用要件 | | | 1月適用(単位) |
| ADL維持等加算Ⅱ | 60 /月 | 1月60単位 | | | | |
| 入浴介助加算Ⅱ | 55 /回 | 1日につき55単位 | | | | |
| 中重度ケア体制加算 | 45 /日 | 1日につき45単位 | | | | |
| 個別機能訓練加算Ⅰ口 | 85 /日 | 1日につき85単位 | | | | |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | 20 /月 | 1月につき20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 | | | | |
| 栄養アセスメント加算 | 50 /月 | 1月50単位 | | | | |
| 栄養改善加算 | 200 /回 | 月2回を限度 | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ | 20 /6月 | 6月に1回を限度 | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ | 5 /6月 | 6月に1回を限度 | | | | |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | 160 /日 | 月2回を限度 | | | | |
| 送迎減算 | -47 /日 | 片道につき | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 /月 | 1月40単位 | | | | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22 /回 | | | | | |
| 特例3%加算 | 3% /月 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 1.1% /月 | | | | | |

その他の費用(利用者10割負担)(単位:円)

| 項 目 | 金額(税込) | 内 容 |
|--------------|--------|------------------------------------|
| 食 費 | 750 | 一食あたりの料金 |
| リハビリパンツ代 | 110 | 一枚あたりの料金 |
| 尿取りパッド代 | 33 | |
| フェイスタオル | 28 | |
| バスタオル | 88 | |
| 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、材料費など |
| 1月適用(単位:円) | 円 | (実費分) |

1割負担 2割負担 3割負担

1月利用料金 約

円

※利用金額は、総単位数に地域加算(10.54 4級地)を乗じた額となります

上記の内容について、_____より説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

ご本人

ご家族