

Well 通所介護 料金表(一日利用)

○介護保険適用料金

サービス内容		単位	1割負担	2割負担	3割負担	キャンセル料
① 利用料金	介護1	584単位/回	611円/回	1,222円/回	1,833円/回	運営規定 参照
	介護2	689単位/回	720円/回	1,440円/回	2,160円/回	
	介護3	796単位/回	832円/回	1,664円/回	2,496円/回	
	介護4	901単位/回	942円/回	1,884円/回	2,826円/回	
	介護5	1,008単位/回	1,054円/回	2,108円/回	3,162円/回	
② 加算	個別機能訓練加算Ⅰ(口)	76単位/回	80円/回	160円/回	240円/回	
	個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月	21円/月	42円/月	63円/月	
	科学的介護推進体制加算	40単位/月	42円/月	84円/月	126円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ(注1)	160単位/回	168円/回	335円/回	502円/回	
	ADL維持等加算Ⅰ(注2)	30単位/月	33円/月	66円/月	100円/月	
	ADL維持等加算Ⅱ(注2)	60単位/月	66円/月	133円/月	199円/月	
	生活機能向上連携加算	100単位/月	105円/月	210円/月	315円/月	
③ 処遇改善等	処改善加算Ⅱ	総単位数×9.0%	上記金額×9.0%			

注1:口腔機能向上加算は対象の方のみ算定いたします。(月2回まで)

注2:ADL維持等加算は判定結果により、算定されます。

○介護保険適用外料金(使用時のみ追加でかかる費用)

共通	日常生活費	おむつ	120円/枚
		おむつ (パンツタイプ)	150円/枚
		尿取りパット	30円/枚
	昼食代	600円/回	
	教養娯楽費	実費	
	交通費(実施地域を越えたところより)	片道100円	
	褥瘡処置用滅菌ガーゼ (医療行為となる為、ご相談ください)	15円/枚	

※実施地域は小田原市全域となります。

* 保険適用分につきましては、ご本人負担として負担割合に応じ、お支払いいただくことになっております。

尚、1単位=10.45円(地域加算:神奈川県5級地)です。

* 利用料金は①~③の合算になります。

あなたの自己負担金は、約 円です。(月 回利用で算出)

お昼のお弁当代 600円 × 回分 円
を含めた金額になっております。

令和 年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。

コンディショニングプロダクトWell

説明者: _____

上記の説明と交付を受けました。

利用者: _____

代筆者: _____