

◇しあわせサービス 通所介護・通所型サービス 料金表◇

□介護予防・日常生活支援総合事業

地域単価 その他 1単位 10.00円

区分	サービス内容	単位/月	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
総合事業	① 要支援1	単位/月	2,287円/月	4,573円/月	6,860円/月
	② 要支援2	単位/月	4,332円/月	8,664円/月	12,996円/月
加算	① 科学的介護推進体制加算	40単位/月	各種加算は事業所の特色、状況、利用者の状況に応じ、該当する場合のみ加算されます。いずれも金額表記は料金全額であり、自己負担割合に応じた保険給付がされます。		
	② 生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位/月			
	③ 口腔機能向上加算Ⅱ(希望者のみ)	160単位/月			
	④ 処遇改善加算Ⅱ	総単位数 ×12.2%			

□地域密着型通所介護

区分	サービス内容	単位/回	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
介護	① 要介護1	753単位/回	1,033円/回	2,066円/回	3,099円/回
	② 要介護2	890単位/回	1,194円/回	2,387円/回	3,552円/回
	③ 要介護3	1032単位/回	1,360円/回	2,720円/回	4,053円/回
	④ 要介護4	1172単位/回	1,524円/回	3,048円/回	4,545円/回
	⑤ 要介護5	1312単位/回	1,688円/回	3,377円/回	5,037円/回
加算	① 入浴介助加算Ⅰ	40単位/回	各種加算は事業所の特色、状況、利用者の状況に応じ、該当する場合のみ加算されます。いずれも金額表記は料金全額であり、自己負担割合に応じた保険給付がされます。		
	② 個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位/回			
	③ 個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月			
	④ 科学的介護推進体制加算	40単位/月			
	⑤ 生活機能向上連携加算Ⅱ	100単位/月			
	⑥ 口腔機能向上加算Ⅱ(希望者のみ)	160単位/回 月2回まで			
	⑦ 処遇改善加算Ⅱ	総単位数 ×12.2%			

□自費料金(介護保険適用外)

自費	① 通常地域を超えてサービス提供した場合	100円/片道	左記の金額を交通費としていただきます
	② 食事代	700円/回	食材費 ・ おやつ代含む
	③ 活動教材費	100円/月	デイサービスでの活動で使用する用品代
	④ おむつ代	-	おむつ120円 ・ パンツタイプ150円 ・ 尿取りパッド30円
	⑤ 教養娯楽費	実費	希望者のみ
	⑥ キャンセル料	自己負担金相当	前営業日17:30以降のご連絡の場合

あなたの自己負担金額は毎月

約

円

です。(月__回利用で算出)

上記の利用者負担額について説明しました。

説明者

令和 年 月 日

利用者

上記の説明と交付を受けました。

代筆者