

Well 介護予防・日常生活支援総合事業 料金表 (箱根町)

○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	要支援1	1.798単位/月	1,824円/月	3,648円/月	5,472円/月	運営規定 参照
	要支援2	3.612単位/月	3,663円/月	7,326円/月	10,989円/月	
②加算	生活機能向上グループ活動加算	100単位/月	102円/月	204円/月	306円/月	
	事業所評価加算	120単位/月	122円/月	244円/月	365円/月	
	科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円/月	81円/月	122円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ(※)	160単位/月	163円/月	326円/月	489円/月	
③介護処改善	処遇改善加算Ⅱ	総単位数×9.0%	上記金額×9.0%			

※生活機能向上グループ活動加算は対象方の算定になります。
※口腔機能向上加算は対象の方のみ算定いたします。

○介護保険適用外料金(使用時のみ追加でかかる費用)

共通			
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=10.14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)

令和 年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。

共生型デイサービスセンターWell

説明者: _____

上記の説明と交付を受けました。

利用者: _____

代筆者: _____