Well　介護予防・日常生活支援総合事業　料金表
（小田原市）

〇介護保険適用料金

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	月4回までの利用	436単位/回	456円/回	912円/回	1,368円/回	運営規定参照
		月5回以上の利用	1.798単位/月	1,879円/月	3,758円/月	5,637円/月	
	要支援2	月8回までの利用	447単位/回	468円/回	935円/回	1.402円/回	
		月9回以上の利用	3.621単位/月	3,784円/月	7,568円/月	11,352円/月	
②加算		生活機能向上グループ活動加算	100単位/月	105円/月	210円/月	315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	
		生活機能向上連携加算	200単位/月	210円/月	420円/月	630円/月	
		口腔機能向上加算Ⅱ	160単位/月	168円/月	336円/月	504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。

〇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）

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ver.2024.6