Well　介護予防・日常生活支援総合事業　料金表
（大井町）

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	1798単位/月	1.798円/月	3.596円/月	5.394円/月	運営規定参照
	要支援2	3.621単位/月	3.621円/月	7.242円/月	10.863円/月	
②加算	生活機能グループ活動加算	100単位/月	100円/月	200円/月	300円/月	
	事業所評価加算	120単位/月	120円/月	240円/月	360円/月	
	科学的介護推進体制加算	40単位/月	40円/月	80円/月	120円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ	160単位/月	160円/月	320円/月	480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＝10.00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