

# ふらっと【通所介護】利用料金表

## ○介護保険適用料金

令和6年6月～

サービス内容		単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備考
① 利用 料金	要 介 護 Ⅰ	370 単位/回	387 円/回	773 円/回	1,160 円/回	① キャンセル料は 利用料金の 1 割分となります。
	要 介 護 Ⅱ	423 単位/回	443 円/回	885 円/回	1,327 円/回	
	要 介 護 Ⅲ	479 単位/回	501 円/回	1,002 円/回	1,502 円/回	
	要 介 護 Ⅳ	533 単位/回	557 円/回	1,114 円/回	1,671 円/回	
	要 介 護 Ⅴ	588 単位/回	615 円/回	1,229 円/回	1,844 円/回	
② 加 算	★個別機能訓練加算Ⅰ（口）	76 単位/日	80 円/日	159 円/日	239 円/日	
	★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 ※Ⅰ	160 単位/回	168 円/回	335 円/回	502 円/回	月 2 回まで
	★ADL 維持等加算Ⅰ	30 単位/月	32 円/月	63 円/月	95 円/月	
	ADL 維持等加算Ⅱ	60 単位/月	63 円/月	126 円/月	189 円/月	
	★生活機能向上連携加算Ⅱ	100 単位/月	105 円/月	209 円/月	314 円/月	
③	処遇改善加算Ⅱ	総単位数×9.0%	上記の合計金額（①＋②）×9.0%			

※Ⅰ：口腔機能向上加算は対象の方のみになります。

ご利用料金の概算額		1 割負担	2 割負担	3 割負担
① + ② + ③ (★印の加算) 左＝月5回・右＝月9回 ※口腔機能向上加算は、 含まれていません。	要介護Ⅰ	2,764 円・4,780 円	5,514 円・9,577 円	8,277 円・14,377 円
	要介護Ⅱ	3,069 円・5,349 円	6,124 円・10,676 円	9,187 円・16,015 円
	要介護Ⅲ	3,385 円・5,918 円	6,762 円・11,824 円	10,141 円・17,732 円
	要介護Ⅳ	3,690 円・6,467 円	7,372 円・12,922 円	11,062 円・19,389 円
	要介護Ⅴ	4,006 円・7,036 円	7,999 円・14,051 円	12,005 円・21,087 円

◎保険適用分につきましては、ご本人負担分として、1 割～3 割の額を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：小田原市 5 級地）です。負担割合に関しては介護負担割合証をご確認ください。

## ○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
		尿取りパッド	30 円/枚
	教養娯楽費		実費
	昼食代		550 円/回
	交通費（実施地域を越えたところより）※2		片道 1 km 超ごとに＋50 円
	褥瘡処置用滅菌ガーゼ ※3		15 円/枚

交通費.....

お弁当 550円 × 食 = .....

※2：運営規定に定め、神奈川県に届け出ている地域  
以外に送迎した場合にいただきます。  
（裏面のサービス提供地域を参照）

※3：医療行為となるため、ご相談ください。

あなたの自己負担金額は、毎月 約 円 です（月 回で算出）

令和 年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。

地域リハビリテーションセンター ふらっと

説明者： .....

上記の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者： .....

署名代行者（又は法定代理人、立会人）： .....

**サービス提供地域（送迎地域）＊下記以外もご相談ください**

小田原市：堀之内・中曽根・蓮正寺・飯田岡・清水新田・新屋・小台・柳新田・栢山・  
桑原・曾比・穴部・穴部新田・北ノ窪・府川・永塚・成田・千代・延清・多古・  
鬼柳・下大井・西大友・東大友

大井町：西大井

開成町：吉田島（県道：御殿場大井線で分断した内、事業所が所在する地域部分）  
牛島・宮台

南足柄市：三竹・岩原・沼田

# ふらっと【介護予防・日常生活総合支援事業】利用料金表

## ○介護保険適用料金

小田原市 令和6年6月～

サービス内容			単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備考
① 利用 料金	要支援Ⅰ (事業対象者)	月4回まで	436 単位/回	456 円/回	912 円/回	1,367 円/回	①利用料金の 1 回分となります。 キャンセル料(※2)は 発生いたしません。
		月5回以上	1,798 単位/月	1,879 円/月	3,758 円/月	5,637 円/月	
	要支援Ⅱ (事業対象者)	月8回まで	447 単位/回	468 円/回	935 円/回	1,402 円/回	
		月9回以上	3,621 単位/月	3,784 円/月	7,568 円/月	11,352 円/月	
② 加算	★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Ⅱ		200 単位/月	209 円/月	418 円/月	627 円/月	
	生活機能向上グループ活動加算 ※1		100 単位/月	105 円/月	210 円/月	314 円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ ※1		160 単位/月	168 円/月	335 円/月	502 円/月	
③	処遇改善加算Ⅱ		総単位数×9.0%	上記の金額(①+②)×9.0%			

※1:生活機能向上グループ活動加算と口腔機能向上加算は対象の方のみになります。

※2:要支援Ⅰで月5回以上、要支援Ⅱで月9回以上のご利用は月額定額料金となり、キャンセル料も発生いたしません。

ご利用料金の概算額			1 割負担	2 割負担	3 割負担
① + ② + ③ (★印の加算)  ※生活機能向上グループ活動加算と口腔機能向上加算は含まれていません。	要支援Ⅰ (事業対象者)	月4回	2,263 円	4,524 円	6,781 円
		月5回以上	2,323 円	4,644 円	6,966 円
	要支援Ⅱ (事業対象者)	月5回	2,825 円	5,643 円	8,461 円
		月8回	4,355 円	8,701 円	13,047 円
		月9回以上	4,400 円	8,797 円	13,195 円

◎保険適用分につきましては、ご本人負担分として、1 割～3 割の額を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。負担割合に関しては介護負担割合証をご確認ください。

## ○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
		尿取りパッド	30 円/枚
	教養娯楽費		実費
	昼食代		550 円/回
	交通費(実施地域を越えたところより) ※3		片道 1 km 超ごとに+50 円
	褥瘡処置用滅菌ガーゼ ※4		15 円/枚

交通費.....

お弁当 550円 × 食 = .....

※3:運営規定に定め、神奈川県に届け出ている地域以外に送迎した場合にいただきます。(裏面のサービス提供地域を参照)

※4:医療行為となる為、ご相談ください。

あなたの自己負担金額は、毎月 **約** **円** です (月 回で算出)

令和 年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。

地域リハビリテーションセンター ふらっと

説明者: .....

上記の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者: .....

署名代行者(又は法定代理人、立会人): .....

**サービス提供地域（送迎地域）＊下記以外もご相談ください**

小田原市：堀之内・中曽根・蓮正寺・飯田岡・清水新田・新屋・小台・柳新田・栢山・桑原・曾比・穴部・穴部新田・北ノ窪・府川・永塚・成田・千代・延清・多古・鬼柳・下大井・西大友・東大友

大井町：西大井

開成町：吉田島（御殿場大井線で分断した内、事業所が所在する地域部分）牛島・宮台

南足柄市：三竹・岩原・沼田

# ふらっと【介護予防・日常生活総合支援事業】利用料金表

## ○介護保険適用料金

開成町・大井町 令和6年6月～

サービス内容			単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担	備考
① 利用 料金	要支援Ⅰ (事業対象者)	月額	1,798 単位/月	1,798 円/月	3,596 円/月	5,394 円/月	
	要支援Ⅱ (事業対象者)	月額	3,621 単位/月	3,621 円/月	7,242 円/月	10,863 円/月	
② 加算	★科学的介護推進体制加算		40 単位/月	40 円/月	80 円/月	120 円/月	
	★生活機能向上連携加算Ⅱ		200 単位/月	200 円/月	400 円/月	600 円/月	
	生活機能向上グループ活動加算 ※Ⅰ		100 単位/月	100 円/月	200 円/月	300 円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ ※Ⅰ		160 単位/月	160 円/月	320 円/月	480 円/月	
③	処遇改善加算Ⅱ		総単位数×9.0%	上記の金額(①+②)×9.0%			

※Ⅰ：生活機能向上グループ活動加算と口腔機能向上加算は対象の方のみになります。

ご利用料金の概算額			1 割負担	2 割負担	3 割負担
① + ② + ③ (★印の加算) ※生活機能向上グループ活動加算と口腔機能向上加算は含まれていません。	要支援Ⅰ (事業対象者)	月額	2,222 円	4,443 円	6,665 円
	要支援Ⅱ (事業対象者)	月額	4,209 円	8,417 円	12,626 円

◎保険適用分につきましては、ご本人負担分として、1 割～3 割の額を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:その他)です。負担割合に関しては介護負担割合証をご確認ください。

## ○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
		尿取りパッド	30 円/枚
	教養娯楽費		実費
	昼食代		550 円/回
	交通費(実施地域を越えたところより) ※2		片道 1 km 超ごとに +50 円
	褥瘡処置用滅菌ガーゼ ※3		15 円/枚

交通費

お弁当 550円 × 食 =

※2:運営規定に定め、神奈川県に届け出ている地域以外に送迎した場合にいただきます。(裏面のサービス提供地域を参照)

※3:医療行為となる為、ご相談ください。

あなたの自己負担金額は、毎月 **約** **円** です (週 回で算出)

令和 年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。

地域リハビリテーションセンター ふらっと

説明者: \_\_\_\_\_

上記の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者: \_\_\_\_\_

署名代行者(又は法定代理人、立会人): \_\_\_\_\_

**サービス提供地域（送迎地域）＊下記以外もご相談ください**

小田原市：堀之内・中曽根・蓮正寺・飯田岡・清水新田・新屋・小台・柳新田・栢山・桑原・曾比・穴部・穴部新田・北ノ窪・府川・永塚・成田・千代・延清・多古・鬼柳・下大井・西大友・東大友

大井町：西大井

開成町：吉田島（御殿場大井線で分断した内、事業所が所在する地域部分）牛島・宮台

南足柄市：三竹・岩原・沼田

# ふらっと【介護予防・日常生活総合支援事業】利用料金表

## ○介護保険適用料金

神奈川県 南足柄市・山北町：静岡県 富士市 令和7年12月～

サービス内容			単位	1割負担	2割負担	3割負担	備考
① 利用料金	要支援1 (事業対象者)	月4回まで	436 単位/回	443 円/回	885 円/回	1,327 円/回	①利用料金の 1回分となります。 キャンセル料(※2)は 発生いたしません。
		月5回以上	1,798 単位/月	1,824 円/月	3,647 円/月	5,470 円/月	
	要支援2 (事業対象者)	月8回まで	447 単位/回	454 円/回	907 円/回	1,360 円/回	
		月9回以上	3,621 単位/月	3,627 円/月	7,344 円/月	11,016 円/月	
② 加算	★科学的介護推進体制加算		40 単位/月	41 円/月	82 円/月	122 円/月	
	★生活機能向上連携加算Ⅱ		200 単位/月	203 円/月	406 円/月	609 円/月	
	生活機能向上グループ活動加算 ※1		100 単位/月	102 円/月	203 円/月	305 円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ ※1		160 単位/月	163 円/月	325 円/月	487 円/月	
③	処遇改善加算Ⅱ		総単位数×9.0%		上記の金額(①+②)×9.0%		

※1:生活機能向上グループ活動加算と口腔機能向上加算は対象の方のみになります。

※2:要支援1で月5回以上、要支援2で月9回以上のご利用は月額定額料金となり、キャンセル料も発生いたしません。

ご利用料金の概算額			1割負担	2割負担	3割負担
① + ② + ③ (★印の加算)  ※生活機能向上グループ活動加算と口腔機能向上加算は含まれていません。	要支援1 (事業対象者)	月4回	2,198 円	4,391 円	6,583 円
		月5回以上	2,255 円	4,508 円	6,760 円
	要支援2 (事業対象者)	月5回	2,741 円	5,476 円	8,209 円
		月8回	4,225 円	8,441 円	12,656 円
		月9回以上	4,269 円	8,537 円	12,805 円

◎保険適用分につきましては、ご本人負担分として、1割～3割の額を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:南足柄市・山北町7級地)です。負担割合に関しては介護負担割合証をご確認ください。

## ○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
		尿取りパッド	30 円/枚
	教養娯楽費		実費
	昼食代		550 円/回
	交通費(実施地域を越えたところより) ※3		片道1km超ごとに+50 円
	褥瘡処置用滅菌ガーゼ ※4		15 円/枚

交通費.....  
お弁当 550円 × 食 = .....  
.....

※3:運営規定に定め、神奈川県に届け出ている地域以外に送迎した場合にいただきます。(裏面のサービス提供地域を参照)

※4:医療行為となる為、ご相談ください。

あなたの自己負担金額は、毎月 **約** **円** です (月 回以上で算出)

令和 年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。

地域リハビリテーションセンター ふらっと

説明者: \_\_\_\_\_

上記の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者: \_\_\_\_\_

署名代行者(又は法定代理人、立会人): \_\_\_\_\_

**サービス提供地域（送迎地域）＊下記以外もご相談ください**

小田原市：堀之内・中曽根・蓮正寺・飯田岡・清水新田・新屋・小台・柳新田・栢山・桑原・曾比・穴部・穴部新田・北ノ窪・府川・永塚・成田・千代・延清・多古・鬼柳・下大井・西大友・東大友

大井町：西大井

開成町：吉田島（御殿場大井線で分断した内、事業所が所在する地域部分）牛島・宮台

南足柄市：三竹・岩原・沼田

静岡県富士市：（送迎未実施）