

# 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1	370 単位/回	387 円/回	773 円/回	1,160 円/回	① キ ャ ン セ ル 料 は 一 回 分 と な り ま す。
	要介護2	423 単位/回	443 円/回	885 円/回	1,327 円/回	
	要介護3	479 単位/回	501 円/回	1,002 円/回	1,502 円/回	
	要介護4	533 単位/回	557 円/回	1,114 円/回	1,671 円/回	
	要介護5	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 ※1	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	
③	★生活機能向上連携加算Ⅱ	100 単位/月	105 円/月	209 円/月	314 円/月	
	処遇改善加算Ⅱ	総単位数×9.0%	上記の合計金額 (①+②) ×9.0%			

※1: 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
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。	① + ② + ③ (★印の加算)	要介護1 2,764 円・4,780 円	5,514 円・9,577 円	8,277 円・14,377 円
	要介護2	3,069 円・5,349 円	6,124 円・10,676 円	9,187 円・16,015 円
	要介護3	3,385 円・5,918 円	6,762 円・11,824 円	10,141 円・17,732 円
	要介護4	3,690 円・6,467 円	7,372 円・12,922 円	11,062 円・19,389 円
	要介護5	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1km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・中曾根・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1 (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 キャンセル料(※2) は 一回分となります。
		月5回以上	1,798 単位/月	1,879 円/月	3,758 円/月	5,637 円/月	
② 加 算	要支援2 (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	
★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 处遇改善加算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	2,263 円	4,524 円	6,781 円
		月5回以上	2,323 円	4,644 円	6,966 円
	要支援2 (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・中曾根・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1 (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2 (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※1		100 単位/月	100 円/月	200 円/月	300 円/月	
	口腔機能向上加算Ⅱ※1		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%			

※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。

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)	月額	2,222 円	4,443 円	6,665 円
	要支援2 (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1km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・中曾根・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 キャンセル料(※2) は 一回分となります。
		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・中曾根・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)