

# Well 通所介護 料金表(一日利用)

## ○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	介護1	584単位/回	611円/回	1,222円/回	1,833円/回	運営規定 参照
	介護2	689単位/回	720円/回	1,440円/回	2,160円/回	
	介護3	796単位/回	832円/回	1,664円/回	2,496円/回	
	介護4	901単位/回	942円/回	1,884円/回	2,826円/回	
	介護5	1,008単位/回	1,054円/回	2,108円/回	3,162円/回	
② 加算	個別機能訓練加算 I(口)	76単位/回	80円/回	160円/回	240円/回	運営規定 参照
	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(注1)	160単位/回	168円/回	335円/回	502円/回	
	ADL維持等加算 I(注2)	30単位/月	33円/月	66円/月	100円/月	
	ADL維持等加算 II(注2)	60単位/月	66円/月	133円/月	199円/月	
	生活機能向上連携加算	100単位/月	105円/月	210円/月	315円/月	
③ 処遇改善等	処改善加算 II	総単位数 × 9.0%	上記金額 × 9.0%			

注1: 口腔機能向上加算は対象の方のみ算定いたします。(月2回まで)

注2: ADL維持等加算は判定結果により、算定されます。

## ○介護保険適用外料金(使用時のみ追加でかかる費用)

共通	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

お昼のお弁当代 600円 × 回分 円  
を含めた金額になっております。

上記の利用者負担額について、説明しました。

コンディショニングプロダクツWell

説明者: \_\_\_\_\_

上記の説明と交付を受けました。

利用者: \_\_\_\_\_

代筆者: \_\_\_\_\_

# Well 介護予防・日常生活支援総合事業 料金表 (小田原市)

## ○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。

## ○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: \_\_\_\_\_

# Well 介護予防・日常生活支援総合事業 料金表 (大井町)

## ○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	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	運営規定 参照
	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。

## ○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: \_\_\_\_\_

# 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	運営規定 参照
	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	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: \_\_\_\_\_