

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 | |
| | 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)

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。

令和 年 月 日

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 | |
| | 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 | ※実施地域は小田原市全域となります。 |
| | | 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 | |

- * 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: _____
利用者: _____
上記の説明と交付を受けました。
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 | |
| | 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: _____