

社会福祉法人母恋 デイサービスセンターいきがい
【地域密着型通所介護 ご利用料金】

(1) 基本料金 ※自己負担金 () の金額は負担割合が2割の方の金額

該当区分	介護保険適用時の1日あたりの自己負担金						
	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
サービス利用時間							
要介護1	285 (570)	407 (814)	426 (852)	641 (1282)	662 (1324)	735 (1470)	764 (1528)
要介護2	326 (652)	466 (932)	488 (976)	757 (1514)	782 (1564)	868 (1736)	903 (1806)
要介護3	369 (738)	527 (1054)	552 (1104)	874 (1748)	903 (1806)	1006 (2012)	1046 (1092)
要介護4	410 (820)	586 (1172)	614 (1228)	990 (1980)	1023 (2046)	1144 (2288)	1190 (2380)
要介護5	453 (906)	647 (1294)	678 (1356)	1107 (2214)	1144 (2288)	1281 (2562)	1332 (2664)

※所要時間2時間以上3時間未満～心身の状況その他、利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である場合を対象とします。

(2) 加算料金等

該当区分	加算項目	加算料金	自己負担金
要介護1～5	入浴介助加算 1回	500円	50円
	個別機能訓練加算Ⅰ 1回	460円	46円
	サービス提供体制加算 1回	180円	18円
	延長料金 1時間未満	500円	50円
	1時間以上	1,000円	100円

※ 同一建物内入居者様においては、1回の利用につき94円の減額が適用されます。

※ 送迎を行わない場合は、片道につき47円の減額が適用されます。

※ 別途合計額（該当する基本料金+加算料金）に5.9%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

※ 自己負担割合が2割の方は、加算料金等の表示金額に対して2倍の金額となります。

【料金表】 利用料は介護報酬告示上の額とし、介護報酬の改正があった場合はその料金を適用します。

□ その他の費用

(1) 送迎費用～通常の事業の実施地域を越えた地点から、1kmあたり～15円

(2) 食事の提供に要する費用～680円（オヤツ代・消費税込）

(3) 紙おむつ代～120円 尿とりパッド代～30円

(4) サークル活動の材料費及び行事実施の中で、その利用者に負担していただくことが適当であると認められるものについては実費。

(5) その他、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者からの依頼による日用品、嗜好品等の提供など、その利用者に負担していただくことが適当であると認められるものについては実費。

【日常生活支援総合事業 ご利用料金】

(1) 基本料金 ※自己負担金 () の金額は負担割合が2割の方の金額

① 第1号通所事業 通所介護（事業対象者は要支援1と同様）

該当区分	1ヶ月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1ヶ月あたりの自己負担金
要支援1	16,470円	1,647円（3,294）
要支援2	33,770円	3,377円（6,754）

② 第1号通所事業 通所型サービスA（ちょこっとデイサービス）

該当区分	1回あたりの利用料金	1回あたりの自己負担金
要支援1	3,300円	500円（市が2,800円を負担）

(2) 加算料金等

① 第1号通所事業 通所介護

該当区分	加算項目	加算料金	自己負担金
要支援1・要支援2	運動機能向上加算 1ヶ月	2,250円	225円
	生活機能向上グループ活動加算 1ヶ月	1,000円	100円
要支援1	サービス提供体制加算 1ヶ月	720円	72円
要支援2	サービス提供体制加算 1ヶ月	1,440円	144円

※ 同一建物内入居者様においては、1ヶ月の利用につき以下の減額が適用されます。

- ・ 要支援1及び事業対象者～376円
- ・ 要支援2～752円

※ 別途合計額（該当する基本料金＋加算料金）に5.9%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

※ 自己負担割合が2割の方は、加算料金等の表示金額に対して2倍の金額となります。

【料金表】 利用料は介護報酬告示上の額とし、介護報酬の改正があった場合はその料金を適用します。

② 第1号通所事業 通所型サービスA（ちょこっとデイサービス）

※ 加算料金及び減額はありせん。

(3) 日割り料金について

第1号通所事業 通所介護を利用の方で、以下の要件となる場合は日割り料金の対象となり、適用日数に下記の料金を乗じます。

1. 第1号通所事業通所介護と同じ月に介護予防短期入所生活介護もしくは介護予防短期生活療養介護を利用した場合
2. 月途中で要支援から要介護状態に変わったなど、要介護度が変更された場合
3. 同一保険者管内での転居などにより事業所を変更した場合
4. 月の途中での契約及び終了の場合（第1号通所事業 通所介護のみ）

・要支援1及び事業対象者～54円/1日 ・要支援2～111円/1日

※ 注) 第1号通所事業 通所介護の対象の方で月の途中で契約をし、その月から利用が開始になった場合は利用開始日から日割り対象。利用をされない場合は翌月から月額払いの対象となります。月の途中で終了した場合は、月初めから契約解除日までの期間が日割り対象となります。

予防通所介護の対象の方は、利用した日の月から又は終了した日の月まで月額払いの対象となります。

□ その他の費用～第1号通所事業 通所介護を利用される方が対象

- (1) 食事の提供に要する費用～680円（オヤツ代・消費税込）
- (2) 紙おむつ代～120円 尿とりパッド代～30円
- (3) サークル活動の材料費及び行事実施の中で、その利用者に負担していただくことが適当であると認められるものについては実費。
- (4) その他、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者からの依頼による日用品、嗜好品等の提供など、その利用者に負担していただくことが適当であると認められるものについては実費。