

利 用 料 金 表（1割負担の場合）

下記の表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. 通所介護サービスによる料金（1日につき）

* 通常規模型通所介護：7時間～8時間

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 契約者のサービス利用料金	¥6,550	¥7,730	¥8,960	¥10,180	¥11,420
2. うち介護保険から給付される金額	¥5,895	¥6,957	¥8,064	¥9,162	¥10,278
3. サービス利用に係る自己負担金	¥655	¥773	¥896	¥1,018	¥1,142
4. サービス提供体制強化加算（I）	¥22				
7. 入浴介助加算（I）	¥40				
8. 若年性認知症利用者受入加算	¥60				
10. 認知症加算	¥60				
11. 栄養改善加算	（1月につき 200単位を加算）				
12. 口腔機能向上加算（I）	（1月につき 150単位を加算）				
13. 口腔・栄養スクリーニング加算（I）	（1回につき 20単位を加算）（6月に1回を限度）				
14. 科学的介護推進体制加算	¥40（1月につき40単位を加算）				
15. 介護職員処遇改善加算（I）	所定単位数（3～16により算定）に5.9%を乗じた額				
16. 介護職員等特定処遇改善加算（I）	所定単位数（3～16により算定）に1.2%を乗じた額				
17. 食費に係る負担額	¥300				
18. 自己負担額合計（3～17より算定） *3～16は介護保険1割負担額					

※利用者に対して、居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合は、片道47単位を所定の単位数から減算いたします。※（所得に応じて負担割合が異なります。）

2. 印南町・第1号通所介護事業サービスによる料金（1ヶ月につき）

	要支援1	要支援2	備考
1. 契約者のサービス利用料金	¥16,720	¥34,280	
2. うち介護保険から給付される金額	¥15,408	¥30,852	
3. サービス利用に係る自己負担金	¥1,672	¥3,428	
4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥88	¥176	
5. 運動器機能向上加算	¥225		
6. 栄養改善加算	（1月につき 200単位を加算）		
7. 口腔機能向上加算（Ⅰ）	（1月につき 150単位を加算）		
8. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	（1回につき 20単位を加算）（6月に1回を限度）		
9. 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	¥480		運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の内2つを選択
10. 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	¥700		運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の3つを選択
11. 生活機能向上グループ活動加算	¥100		
12. 若年性認知症利用者受入加算	¥240		
13. 科学的介護推進体制加算	（1月につき 40単位を加算）		
14. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数（3～13により算定）に5.9%を乗じた額		
15. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数（3～13により算定）に1.2%を乗じた額		
16. 食費に係る負担額	1回 ¥300		
17. 自己負担額合計 （3～16より算定） *3～15は介護保険1割負担額			+（300円×食事数）

※（所得に応じて負担割合が異なります。）

3. みなべ町・第1号通所事業による料金（1回につき）

	・事業対象者 ・要支援1 1月の中で4回まで	・事業対象者 ・要支援2 1月の中で5回から 8回まで	備 考
1. 契約者のサービス利用料金	¥3,840	¥3,950	
2. うち介護保険から給付される金額	¥3,456	¥3,555	
3. サービス利用に係る自己負担金	¥384	¥395	
4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥88	¥176	
5. 運動器機能向上加算	¥225		
6. 栄養改善加算	（1月につき 200単位を加算）		
7. 口腔機能向上加算（Ⅰ）	（1月につき 150単位を加算）		
8. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1回につき 20単位を加算（6月に1回を限度）		
9. 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	¥480		運動器機能向上、栄養改善、 口腔機能向上の内2つを選択
10. 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	¥700		運動器機能向上、栄養改善、 口腔機能向上の3つを選択
11. 生活機能向上グループ活動加算	¥100		
12. 若年性認知症利用者受入加算	¥240		
13. 科学的介護推進体制加算	（1月につき 40単位を加算）		
14. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数（3～13により算定）に5.9%を乗じた額		
15. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数（3～13により算定）に1.2%を乗じた額		
16. 食費に係る負担額	1回 ¥300		
17. 自己負担額合計 （3～15より算定） *3～15は介護保険1割負担額			

※（所得に応じて負担割合が異なります。）

3. その他の費用

(1) レクリエーション、クラブ活動：材料代等の実費をいただくこともあります。

* 個別サービス項目と費用負担については参考例です。その他のサービスを希望される場合はその都度ご相談下さい。