

石神デイサービスセンター(通所介護)利用者負担額

令和4年10月1日現在

併設型通所介護利用料（日額）

①利用できる方 介護保険要介護認定による要介護1～5までの方

・1日あたりの額

(円)

区 分	利用者負担額				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基 本 料 金	655	773	896	1,018	1,142
個別機能訓練加算（Ⅰ）	56	56	56	56	56
入 浴 介 助 加 算	40	40	40	40	40
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	18	18	18	18
1 日 あ た り の 額	769	887	1,010	1,132	1,256

※科学的介護推進体制加算は、1月あたり40円かかります。

※認知症加算に該当する場合、60円がかかります。

※ADL維持等加算（Ⅰ）に該当する場合、1月あたり30円がかかります。

※ADL維持等加算（Ⅱ）に該当する場合、1月あたり60円がかかります。

※居宅と通所介護事業所間の送迎を行わない場合、片道につき47円を減額します。

※その他介護職員処遇改善加算として、基本料金に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（4.3%）を乗じた単位数で算定した負担割合の金額がかかります。

※その他介護職員等特定処遇改善加算として、基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（1.2%）を乗じた単位数で算定した負担割合の金額がかかります。

※その他介護職員等ベースアップ等支援加算として、基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（1.1%）を乗じた単位数で算定した負担割合の金額がかかります。

※上記の金額は1割負担の金額です。一定の所得以上の方は負担の割合が異なります。（介護保険負担割合証に基づく）

・その他の利用料

種 別	料 金	備 考
食 費	1日680円	
キ ャ ン セ ル 料 金	1日680円	前日17時までに連絡がなく利用中止した場合、食費実費負担分をいただきます
お む つ 等 代	1枚100円	
パ ッ ト 代	1枚50円	
ク リ ア ケ ー ス 代	1個350円	
レ ク 費 用 等	実 費	
複 写 物	1枚20円	
写 真 代	1枚30円	

介護予防・日常生活支援サービス事業利用料（月額）

①利用できる方 介護保険要介護認定による要支援1、要支援2に該当する方

・1月あたりの額

(円)

区 分	利用者負担額	
	要支援1	要支援2
基 本 料 金	1,672	3,428
運 動 器 機 能 向 上 加 算	225	225
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72	144
1 月 あ た り の 額	1,969	3,797

※科学的介護推進体制加算は、1月あたり40円かかります。

※事業所評価加算に該当する場合、120円がかかります。

※その他介護職員処遇改善加算として、基本料金に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（4.3%）を乗じた単位数で算定した負担割合の金額がかかります。

※その他介護職員等特定処遇改善加算として、基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（1.2%）を乗じた単位数で算定した負担割合の金額がかかります。

※その他介護職員等ベースアップ等支援加算として、基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別加算率（1.1%）を乗じた単位数で算定した負担割合の金額がかかります。

※上記の金額は1割負担の金額です。一定の所得以上の方は負担の割合が異なります。（介護保険負担割合証に基づく）

・その他の利用料

種 別	料 金	備 考
食 費	1日680円	
キ ャ ン セ ル 料 金	1日680円	前日17時までに連絡がなく利用中止した場合、食費実費負担分をいただきます
お む つ 等 代	1枚100円	
パ ッ ト 代	1枚50円	
ク リ ア ケ ー ス 代	1個350円	
レ ク 費 用 等	実 費	
複 写 物	1枚20円	
写 真 代	1枚30円	