

料金規程

1. 通所介護費（サービス提供時間 7時間以上8時間未満）

区 分	介護報酬告示額		円換算 (10割)	利用者負担額 (1割)
	通所介護費	サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)		
要介護度1	739単位/日	6単位/日	7,450円/日	745円/日
要介護度2	873単位/日	6単位/日	8,790円/日	879円/日
要介護度3	1,012単位/日	6単位/日	10,180円/日	1,018円/日
要介護度4	1,150単位/日	6単位/日	11,560円/日	1,156円/日
要介護度5	1,288単位/日	6単位/日	12,940円/日	1,294円/日

※ 利用料負担額2割の場合は上記負担額の2倍、利用料負担額3割の場合は上記負担額の3倍となります。

2. 通所介護加算料金

項 目	介護報酬告示額	円換算(10割)	利用者負担額(1割)
入浴介助加算	50単位/回	500円/回	50円/回
延長加算(9時間 以上10時間未満)	50単位/回	500円/回	50円/回
延長加算(10時間 以上11時間未満)	100単位/回	1,000円/回	100円/回
延長加算(11時間 以上12時間未満)	150単位/回	1,500円/回	150円/回

3. 介護予防通所介護費

区 分	介護報酬告示額		円換算(10割)	利用者負担額 (1割)
	介護予防通所介護費	サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)		
要支援1	1,655単位/月	24単位/月	16,790円/月	1,679円/月
要支援2	3,393単位/月	48単位/月	34,410円/月	3,441円/月

4. 介護予防通所介護加算料金

項 目	介護報酬告示額	円換算(10割)	利用者負担額(1割)
生活機能向上グループ 活動加算	100単位/月	1,000円/月	100円/月

5. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)《通所介護および介護予防通所介護に共通》

介護報酬総単位数/月 ×5.9%	ひと月当たりの介護報酬総単位数(基本サービス費に各種加算減算を加えたひと月当たりの総単位数)に5.9%を乗じて得た値が加算単位数となります。
---------------------	--

6. 介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)《通所介護および介護予防通所介護に共通》

介護報酬総単位数/月 ×1.0%	ひと月当たりの介護報酬総単位数(基本サービス費に各種加算減算を加えたひと月当たりの総単位数)に1.0%を乗じて得た値が加算単位数となります。
---------------------	--

《基本料金合計額》

法定代理受領の場合、利用者負担額(1割)が自己負担額となります。ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合には、一旦介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日、市町村窓口へ提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

7. その他の料金

区 分	金 額	内 容 等
朝食費	200円/日	
昼食費	550円/日	常食・キザミ食等、利用者の希望により提供します。
夕食費	300円/日	
その他の費用	実 費	嗜好品や個人的に使用される物品等。

8. 料金の支払方法

毎月末締めとし、翌月7日頃までに請求書を送付しますので、請求月の末日までに現金または銀行振込にてお支払い下さい。なお、銀行振込手数料は利用者負担にてお願い致します。また、当事業所では、料金の支払いを受けたときは領収書を発行します。再発行はいたしませんので大切に保管願います。

以上