

利用料金一覧表

\*費用明細表

予防給付型通所サービス費(事業対象者・要支援1※一月の中で全部で4回まで)(事業対象者・要支援2※一月の中で全部で8回まで)

種別	通所介護費	運動器機能向上加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)1	事業所評価加算	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)5.9%	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)1.2%	食費
要支援1	380×利用回数	225	72	120	※1	※2	400×利用回数
要支援2	391×利用回数	225	144	120	※1	※2	400×利用回数

予防給付型通所サービス費(事業対象者・要支援1※一月の中で全部で5回以上)(事業対象者・要支援2※一月の中で全部で9回以上)

種別	通所介護費	運動器機能向上加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)1	事業所評価加算	介護処遇改善加算(Ⅰ)5.9%	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)1.2%	食費
要支援1	1655	225	72	120	※1	※2	400×利用回数
要支援2	3393	225	144	120	※1	※2	400×利用回数

\* (※1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に5.9%を乗じて計算します。

\* (※2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に1.2%を乗じて計算します。

(端数処理四捨五入)

\* 送迎減算は同一建物からのご利用者が対象となります。(要支援1→376単位 要支援2→752単位)

通所介護(1回の利用料)

種別	時間	通所介護費	個別機能訓練Ⅱ	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)1	入浴	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)5.9%	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)1.2%	食費
要介護1	4時間以上5時間未満	382	56	18	50	※1	※2	400
	5時間以上6時間未満	561	56	18	50	※1	※2	400
	6時間以上7時間未満	575	56	18	50	※1	※2	400
	7時間以上8時間未満	648	56	18	50	※1	※2	400
要介護2	4時間以上5時間未満	438	56	18	50	※1	※2	400
	5時間以上6時間未満	663	56	18	50	※1	※2	400
	6時間以上7時間未満	679	56	18	50	※1	※2	400
	7時間以上8時間未満	765	56	18	50	※1	※2	400
要介護3	4時間以上5時間未満	495	56	18	50	※1	※2	400
	5時間以上6時間未満	765	56	18	50	※1	※2	400
	6時間以上7時間未満	784	56	18	50	※1	※2	400
	7時間以上8時間未満	887	56	18	50	※1	※2	400
要介護4	4時間以上5時間未満	551	56	18	50	※1	※2	400
	5時間以上6時間未満	867	56	18	50	※1	※2	400
	6時間以上7時間未満	888	56	18	50	※1	※2	400
	7時間以上8時間未満	1008	56	18	50	※1	※2	400
要介護5	4時間以上5時間未満	608	56	18	50	※1	※2	400
	5時間以上6時間未満	969	56	18	50	※1	※2	400
	6時間以上7時間未満	993	56	18	50	※1	※2	400
	7時間以上8時間未満	1130	56	18	50	※1	※2	400

\* (※1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に5.9%を乗じて計算します。

\* (※2) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)は、1ヵ月の利用単位数に1.2%を乗じて計算します。

(端数処理四捨五入)

\* 送迎減算は、①同一建物からのご利用者(94単位)、②事業所が送迎を行っていない方(片道47単位)が対象となります。

やむを得ず、送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない場合があります。

社会福祉法人等利用者負担軽減措置の要件を満たされている方は、適用を受けられます。

\* 一定以上の所得のある方は、介護保険の給付率が90%が80%、もしくは70%になり、利用した時の負担割合が2割、もしくは3割負担していただくことになります。

社会福祉法人 緑樹会  
王喜の郷デイサービスセンター