

利 用 料 金 表

【 介 護 予 防 通 所 介 護 】

※1 割負担表記 (2 割負担の方は、2 倍になります)

1. 介護予防通所介護費	介護報酬	利用者負担	備 考
要支援 1 (週 1 回のご利用)	16,470円/月	1,647円/月	送迎、入浴を含む。 利用時間は 5 時間～7 時間 を基本とします。
要支援 2 (週 2 回のご利用)	33,770円/月	3,377円/月	

※1 割負担表記 (2 割負担の方は、2 倍になります)

2. 介護保険加算料金	備 考		
サービス提供体制強化加算 I イ	720円/月	72円/月	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上
介護職員処遇改善加算 I	介護報酬総単位数 (基本サービス費+各種加算、減算) の 5.9%		

3. 給付対象外自己負担料金			
食 費	昼 食 代	500円/食	
おむつ代	尿パット	50円/枚	※持ち込み可能
	大パット	55円/枚	
	紙パンツ (テープ式)	110円/枚	
	リハビリパンツ	130円/枚	

利 用 料 金 表

【 総合事業 通所型サービス 】

※1 割負担表記 (2割負担の方は、2倍になります)

1. 介護予防通所介護費	介護報酬	利用者負担	備 考
事業対象者・要支援1 (週1回のご利用)	16,470円/月	1,647円/月	送迎、入浴を含む。 利用時間は5時間～7時間を基本とします。
月4回までのご利用		378円/1回	
事業対象者・要支援2 (週2回のご利用)	33,770円/月	3,377円/月	
月5回～8回までのご利用		389円/1回	

※1 割負担表記 (2割負担の方は、2倍になります)

2. 介護保険加算料金	備 考		
サービス提供体制強化加算 I 1	720円/月	72円/月	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上
サービス提供体制強化加算 I 2	1440円/月	144円/月	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上
介護職員処遇改善加算 I	介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算、減算)の5.9%		

3. 給付対象外自己負担料金

食 費	昼 食 代	500円/食	
おむつ代	尿パット	50円/枚	※持ち込み可能
	大パット	55円/枚	
	紙パンツ(テープ式)	110円/枚	
	リハビリパンツ	130円/枚	

利用料金表

【 通 所 介 護 】

◆基本利用料◆

※1 割負担表記 (2 割負担の方は、2 倍になります)

1. 介護保険対象負担金(費目) ※通常規模型通所介護費						
介護報酬		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	通所介護 I 1 (1~5)	3,800円	4,360円	4,930円	5,480円	6,050円
	通所介護 I 2 (1~5)	5,720円	6,760円	7,800円	8,840円	9,880円
	通所介護 I 3 (1~5)	6,560円	7,750円	8,980円	10,210円	11,440円
利用者負担	通所介護 I 1 (1~5) (3時間以上5時間未満)	380円	436円	493円	548円	605円
	通所介護 I 2 (1~5) (5時間以上7時間未満)	572円	676円	780円	884円	988円
	通所介護 I 3 (1~5) (7時間以上9時間未満)	656円	775円	898円	1,021円	1,144円

※通常のサービス提供時間帯は5時間以上7時間未満(9:00~16:00の間)となります。その他の時間帯でのご利用につきましてはご相談下さい。

◆加算対象額◆

※1 割負担表記 (2 割負担の方は、2 倍になります)

2. 介護保険加算料金			
	介護報酬	利用者負担	
入浴介助加算	500円/回	50円/回	一般浴・機械浴(車椅子浴)
サービス提供体制強化加算 I イ	180円/回	18円/回	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上
介護職員処遇改善加算 I	介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算、減算)の5.9%		

◆その他自己負担◆

4. 自己負担料金(費目)		単 価	備 考
食 費	昼食代	500円/食	
おむつ代	尿パット	50円/枚	※持ち込み可能
	大パット	55円/枚	
	紙パンツ(テープ式)	110円/枚	
	リハビリパンツ	130円/枚	