

■ 地域密着型通所介護

		A		B:A×単価 1円未満切捨	C:B×0.9 1円未満切捨	B-C	D:B×0.8 1円未満切捨	B-D	E:B×0.8 1円未満切捨	B-E
地域密着型通所介護	区分	要介護度	単位	利用料 (介護報酬 総額)	保険請求額 【9割】	利用者負担 額【1割】	保険請求額 【8割】	利用者負担 額【2割】	保険請求額 【7割】	利用者負担 額【3割】
	6時間以上 7時間未満	要介護1	678	6,780	6,102	678	5,424	1,356	4,746	2,034
		要介護2	801	8,010	7,209	801	6,408	1,602	5,607	2,403
		要介護3	925	9,250	8,325	925	7,400	1,850	6,475	2,775
		要介護4	1,049	10,490	9,441	1,049	8,392	2,098	7,343	3,147
		要介護5	1,172	11,720	10,548	1,172	9,376	2,344	8,204	3,516

■ 加算等

		A		B:A×単価 1円未満切捨	C:B×0.9 1円未満切捨	B-C	D:B×0.8 1円未満切捨	B-D	E:B×0.8 1円未満切捨	B-E
加算名称		単位	利用料 (介護報酬 総額)	保険請求額 【9割】	利用者負担 額【1割】	保険請求額 【8割】	利用者負担 額【2割】	保険請求額 【7割】	利用者負担 額【3割】	
入浴介助加算 I		40	400	360	40	320	80	280	120	
個別機能訓練加算 I イ		56	560	504	56	448	112	392	168	
口腔機能向上加算 I		150	1,500	1,350	150	1,200	300	1,050	450	
送迎を行わない場合の減算		-47	-470	-423	-47	-376	-94	-329	-141	

※上記のサービスを受けられた方は、受けられたサービスごとに加算・または減算になります。

(サービス計画に基づく)

名称	加算・減算割合
介護職員等処遇改善加算 II	所定単位数の9.0%を加算

所定単位数・・・基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数

■ 食費 650円/1回

総合事業通所型サービス料金表

※介護予防通所介護の料金は月額にて設定された金額でのご請求となります。
 (定められた理由以外は日割り計算が出来ません。)

(単位 円)

【通所介護相当】

ご本人の要介護度	事業対象者・要支援 1	要支援 2	
		週 1 回	週 2 回
利用回数	週 1 回	週 1 回	週 2 回
利用料金	1,798	1,810	3,621
サービス提供体制加算Ⅲ	24	24	48
介護職員等処遇改善加算Ⅱ (9.0%)	164	165	330
自己負担額合計	1,986	1,999	3,999

※下記のサービスを受けられた方は、加算になります。

(サービス計画に基づく)

口腔機能向上加算Ⅰ 月額 150円

【元気回復デイサービス】

ご本人の要介護度	事業対象者・要支援 1	要支援 2
利用料金	1,798	1,810

※下記のサービスを受けられた方は、加算になります。

(サービス計画に基づく)

①生活機能向上加算 月額 150円

※上記料金と別に食費 650円 (1回につき)、入浴代 200円 (1回につき) を請求させていただきます。