

利用料金表（恵珠苑 指定通所介護事業所Ⅱ）令和3年10月1日～

要介護度		地域密着型（7時間～8時間利用した場合）							
		介護予防・事業対象者		介護給付					
		要支援1	要支援2	1	2	3	4	5	
通所介護サービス費 （1割負担額）	単位	1672	3428	750	887	1028	1168	1308	
	金額	¥1,695	¥3,476	¥761	¥899	¥1,042	¥1,184	¥1,326	
主な加算項目 （日額）	運動器機能向上加算	単位	225	225					
		金額	¥228	¥228					
	サービス提供 体制強化加算Ⅲ	単位	24	48	6	6	6	6	6
		金額	¥24	¥49	¥6	¥6	¥6	¥6	¥6
	個別機能訓練加算Ⅰイ	単位			56	56	56	56	56
		金額			¥57	¥57	¥57	¥57	¥57
	入浴介助加算Ⅰ	単位			40	40	40	40	40
		金額			¥41	¥41	¥41	¥41	¥41
	入浴介助加算Ⅱ	単位			55	55	55	55	55
		金額			¥56	¥56	¥56	¥56	¥56
処遇改善加算Ⅰ（5.9%）	単位	113	218	50	58	67	75	83	
	金額	¥115	¥221	¥51	¥59	¥68	¥76	¥84	
特定処遇改善加算Ⅱ （1.0%）	単位	19	37	9	10	11	13	14	
	金額	¥19	¥38	¥9	¥10	¥11	¥13	¥14	
月額加算	科学的介護推進体制加算 （ひと月に1回）	単位	40	40	40	40	40	40	40
		金額	¥41	¥41	¥41	¥41	¥41	¥41	¥41
	個別機能訓練加算Ⅱ （ひと月に1回）	単位			20	20	20	20	20
		金額			¥20	¥20	¥20	¥20	¥20
取得なし	ADL維持等加算Ⅰ （ひと月に1回）	単位			30	30	30	30	30
		金額			¥30	¥30	¥30	¥30	¥30
食事提供費		¥600	¥600	¥600	¥600	¥600	¥600	¥600	
事業対象者・要支援の 自己負担額目安（月額）		¥2,082 + 食費	¥4,011 + 食費						
要介護1～5の方の 自己負担額目安（日額）				¥1,524 （食費込み）	¥1,672 （食費込み）	¥1,825 （食費込み）	¥1,977 （食費込み）	¥2,128 （食費込み）	

◎上記以外にかかる費用、その他

※日常生活上必要となる諸費用 リハビリパンツ（紙オムツ）代⇒120円・パット代⇒20円

※通常事業の実施地域を超えるとところから実費相当額（1km100円として算出します。）

※基本的に送迎は、事業所で実施しますが、ご家族様等に対応される場合は片道（-48円）減額されます。

※被爆者健康手帳（紫色）をお持ちの方は、食事代のみの負担になります。

※本料金表の額については、処遇改善加算の合計単位や端数調整につき若干異なる場合があります。

上記の利用料金は、1割負担額を記載しています。

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として利用料金の1割です。

【自己負担額については、利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額となります。】

→介護保険負担割合証に記載された割合が、2割の場合は、1割の2倍の額。3割の場合は、1割の3倍の額となります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、利用料金の全額（10割）が利用者負担となります。

※欠席される場合は、ご利用前に必ずご連絡ください。ご連絡が無かった場合はキャンセル料【1,000円】が発生します。

○キャンセル料金

項目	金額
ご利用日の前日21：00までにご連絡をいただいた場合	無料
上記の時間までにご連絡がなく、利用を中止した場合	600円

○付き添い料金

…通所介護利用中に、発熱発熱その他の体調不良等が発生した場合、可能な処置を行います。看護師や主治医等の判断により病院受診が必要となった際は、当方にて病院へお連れしますので、ご家族様には病院での付き添い及びお支払い等の対応をお願いします。また、ご家族による付き添い等の対応ができない、もしくはご連絡が取れない場合、取り急ぎ当方にて受診を行います。下記の通りの料金をご負担いただくこととなります。

病院到着後40分まで	2,000円
以降20分毎	1,000円