

通所介護・総合事業通所型サービス利用料金表

利用料金は、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額とし、介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」に記載のある割合分を自己負担額としています。尚、厚生労働大臣が定めた告示上の基準の額が改定された場合は、改定後の金額を適用するものとします。この場合には、事業者は法令改正後、速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

1. 通所介護サービス 《要介護の方》

提供 時間	介護度	保険 単位数	単価	サービス 利用料金 (目安)	利用者負担額：1日の合計額（目安）		
					□ 1 割	□ 2 割	□ 3 割
6 時間 以上	<input type="checkbox"/> 要介護 1	584	10. 27	5,997円	600円	1,200円	1,800円
	<input type="checkbox"/> 要介護 2	689		7,076円	708円	1,416円	2,123円
7 時間 未満	<input type="checkbox"/> 要介護 3	796		8,174円	818円	1,635円	2,453円
	<input type="checkbox"/> 要介護 4	901		9,253円	926円	1,851円	2,776円
	<input type="checkbox"/> 要介護 5	1008		10,352円	1,036円	2,071円	3,106円
7 時間 以上 8 時間 未満	<input type="checkbox"/> 要介護 1	658		6,757円	675円	1,351円	2,027円
	<input type="checkbox"/> 要介護 2	777		7,979円	797円	1,595円	2,393円
	<input type="checkbox"/> 要介護 3	900		9,243円	924円	1,848円	2,772円
	<input type="checkbox"/> 要介護 4	1,023		10,506円	1,050円	2,101円	3,151円
	<input type="checkbox"/> 要介護 5	1,148		11,789円	1,178円	2,357円	3,536円

【介護保険給付対象となる加算】

項目	保険 単位数	サービス 利用料金 (目安)	利用者負担額：1日の合計額(目安)		
			□ 1 割	□ 2 割	□ 3 割
<input type="checkbox"/> 生活相談員配置等加算	13／日	133円	13円	26円	39円
<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護加算Ⅰ（介護認定者のみ）	40／日	410円	41円	82円	123円
<input type="checkbox"/> 入浴介護加算Ⅱ	55／日	564円	56円	112円	169円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算Ⅰ	100／月	1,027円	102円	205円	308円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算Ⅱ	200／月	2,054円	205円	410円	616円
<input checked="" type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	56／日	575円	57円	115円	172円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	76／日	780円	78円	156円	234円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅱ	20／月	205円	20円	41円	61円
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算Ⅰ	30／月	308円	30円	61円	92円
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算Ⅱ	60／月	616円	61円	123円	184円
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算Ⅲ	3／月	30円	3円	6円	9円
<input type="checkbox"/> 認知症加算	60／日	616円	61円	123円	184円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	60／日	616円	61円	123円	184円
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算	50／月	513円	51円	102円	153円
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(月2回迄)	200／回	2,054円	205円	410円	616円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20／回	205円	20円	41円	61円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5／回	51円	5円	10円	15円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅰ	150／回	1,540円	154円	308円	462円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅱ	160／回	1,643円	164円	328円	492円

<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ	22／日	225円	22円	45円	67円
<input checked="" type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ	18／日	184円	18円	36円	55円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅲ	6／日	61円	6円	12円	18円
<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数（基本料金＋各種加算）×0.092				

【介護保険給付減算となる項目】

項目	サービス利用料金
利用者の数が利用定員を超える場合	基本報酬×70／100
看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	基本報酬×70／100
事業所が送迎を行わない場合	片道 ▲47 単位 片道 ▲482 円

2. 総合事業通所型サービス 《要支援の方》

介護度	保険 単位数	単価	サービス 利用料金 (目安)	利用者負担額：1ヶ月（30日）の合計額（目安）		
				<input type="checkbox"/> 1 割	<input type="checkbox"/> 2 割	<input type="checkbox"/> 3 割
<input type="checkbox"/> 要支援 1	1,798	10.27	18,465円	1,846円	3,693円	5,539円
<input type="checkbox"/> 要支援 2	3,621		37,187円	3,718円	7,437円	11,156円

【介護保険給付対象となる加算】

項目	保 険 単位数	サービス 利用料金 (目安)	利用者負担額 1ヶ月（30日）の合計額（目安）		
			<input type="checkbox"/> 1 割	<input type="checkbox"/> 2 割	<input type="checkbox"/> 3 割
<input type="checkbox"/> 通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1	72/月	739円	74円	148円	222円
<input type="checkbox"/> 通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2	144/月	1478円	148円	296円	444円

3. 介護保険対象外サービス 《要介護・要支援共通》

項目	金額
昼食代	640円／食
おやつ代	100円／食
クラブ活動参加費	材料費実費（参加者のみ）
特別な行事への参加費	参加に要する費用実費（参加者のみ）
紙おむつ・衛生用品	実費

本書面に基づいてサービスに関わる費用について説明を行いました。

説明日： 令和 年 月 日

【事業所】 所 在 地：埼玉県川越市府川243-2

事業所名：フクト21 デイサービスアイリス

説明者職・氏名： _____ 印

上記金額について、事業所より説明を受けました。

【ご利用者様】 氏 名： _____ 印

【身元保証人様】 氏 名： _____ 印