

## ご利用料金

[地域加算] 10.45 [等級] 5 級地

通所介護 ※1回(1日)あたり								
介護度	サービス提供時間							
	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満			
	単位数	自己負担額			単位数	自己負担額		
1割負担		2割負担	3割負担	1割負担		2割負担	3割負担	
要介護1	581単位	608円	1,215円	1,822円	655単位	685円	1,369円	2,054円
要介護2	686単位	717円	1,435円	2,151円	773単位	808円	1,616円	2,424円
要介護3	792単位	828円	1,656円	2,483円	896単位	937円	1,873円	2,809円
要介護4	897単位	938円	1,875円	2,812円	1,018単位	1,064円	2,128円	3,192円
要介護5	1,003単位	1,049円	2,097円	3,145円	1,142単位	1,194円	2,387円	3,580円

  

加算	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算I	40単位/回	42円	84円	126円
個別機能訓練加算(I)イ	56単位/日	59円	117円	176円
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	20単位/回	21円	42円	63円
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	5単位/回	6円	11円	16円
サービス提供体制強化加算(II)	18単位/回	19円	38円	57円
科学的介護推進体制加算	40単位/月	42円	84円	126円
介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の59/1,000加算(/月)			
介護職員等特定処遇改善加算(I)	所定単位数の12/1,000加算(/月)			
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の11/1,000加算(/月)			

※料金には送迎が含まれます

※「口腔・栄養スクリーニング加算」は6ヶ月に1回の算定を限度とします

### その他共通料金

昼食・おやつ代

普通食：650円・ソフト食：700円・低たんぱく食：860円/回

※料金は1回(1日)あたりのものです ※ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料として上記料金をいただきます  
 ※お休みされる際は、必ず当日の8:30までにお電話にてご連絡ください

## ■ 送迎エリア

松戸市 ※詳細はご相談ください

## ■ 営業日

月曜日～土曜日、祝日 ※年末年始休業

## ご利用料金

### 松戸市 総合事業型サービス

項目	区分	算定単位	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	週1回程度	1回につき	384 単位	402 円	803 円	1,204 円
		1月につき	1,672 単位	1,748 円	3,495 円	5,242 円
事業対象者 要支援2	週2回程度	1回につき	395 単位	413 円	826 円	1,239 円
		1月につき	3,428 単位	3,583 円	7,165 円	10,747 円
加算		算定単位	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
運動器機能向上加算		1月につき	225 単位	236 円	471 円	706 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ		1回につき	20 単位	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ		1回につき	5 単位	6 円	11 円	16 円
科学的介護推進体制加算		1月につき	40 単位	42 円	84 円	126 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		1月につき	72 単位	76 円	151 円	226 円
		1月につき	144 単位	151 円	301 円	452 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ		1月につき	所定単位数の 59/1,000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		1月につき	所定単位数の 12/1,000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算		1月につき	所定単位数の 11/1,000 加算			

※料金には送迎・入浴が 含まれます

※口腔・栄養スクリーニング加算は 6 月間に1回です

### その他共通料金

昼食・おやつ代

普通食 650 円、ソフト食 700 円・低たんぱく食 860 円/回

※料金は 1 回(1 日)あたりのものです ※ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料として上記料金をいただきます

※お休みされる際は、必ず当日の 8:30 までにお電話にてご連絡ください