

料金表

[通所介護]

| | | | | | |
|-------|------|----|------|------|-------|
| 事業所規模 | 通常規模 | 等級 | 3 級地 | 地域加算 | 10.68 |
|-------|------|----|------|------|-------|

| | 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 | 584 単位 | 624 円 | 1,248 円 | 1,872 円 | 658 単位 | 703 円 | 1,406 円 | 2,109 円 |
| 要介護 2 | 689 単位 | 736 円 | 1,472 円 | 2,208 円 | 777 単位 | 830 円 | 1,660 円 | 2,490 円 |
| 要介護 3 | 796 単位 | 851 円 | 1,701 円 | 2,551 円 | 900 単位 | 962 円 | 1,923 円 | 2,884 円 |
| 要介護 4 | 901 単位 | 963 円 | 1,925 円 | 2,887 円 | 1,023 単位 | 1,093 円 | 2,185 円 | 3,278 円 |
| 要介護 5 | 1,008 単位 | 1,077 円 | 2,153 円 | 3,230 円 | 1,148 単位 | 1,226 円 | 2,452 円 | 3,678 円 |

| 加算項目 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|---------------------|------|--------------------|-------|-------|-------|
| | | | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| 入浴介助加算 (I) | /日 | 40 単位 | 43 円 | 86 円 | 129 円 |
| 入浴介助加算 (II) | /日 | 55 単位 | 59 円 | 118 円 | 177 円 |
| 個別機能訓練加算 (I) イ | /日 | 56 単位 | 60 円 | 120 円 | 180 円 |
| 個別機能訓練加算 (II) | /月 | 20 単位 | 22 円 | 43 円 | 64 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) | /回 | 20 単位 | 22 円 | 43 円 | 64 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) | /回 | 5 単位 | 6 円 | 11 円 | 16 円 |
| 口腔機能向上加算 (I) | /回 | 150 単位 | 161 円 | 321 円 | 481 円 |
| 口腔機能向上加算 (II) | /回 | 160 単位 | 171 円 | 342 円 | 513 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | /月 | 40 単位 | 43 円 | 86 円 | 129 円 |
| サービス提供体制強化加算 (I) | /回 | 22 単位 | 24 円 | 47 円 | 71 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (I) | /月 | 所定単位数の 92/1,000 加算 | | | |

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回、口腔機能向上加算 (I・II) は月 2 回を限度とします

| その他費用 | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| | 食費 | /日 | 650 円 |
| | おやつ代 | | 70 円 |

※食費・おやつ代が別途かかります (非課税)

※ご利用日当日にキャンセルされた場合は、キャンセル代として上記費用を頂戴します

料金表

[国基準第1号通所事業]

| | | | | | |
|------|-----|----|-----|------|-------|
| 対象地域 | 府中市 | 等級 | 3級地 | 地域加算 | 10.68 |
|------|-----|----|-----|------|-------|

| | |
|----------|-------------|
| サービス提供時間 | 7時間以上 8時間未満 |
|----------|-------------|

| 項目 | 区分 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|-------------|---------|------|---------|---------|---------|----------|
| | | | | 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 | /月 | 1798 単位 | 1,921 円 | 3,841 円 | 5,761 円 |
| 要支援 2 | | | 1811 単位 | 1,935 円 | 3,869 円 | 5,803 円 |
| 事業対象者 要支援 2 | 週 2 回程度 | | 3621 単位 | 3,868 円 | 7,735 円 | 11,602 円 |

| 加算項目 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|---------------------|------|--------------------|-------|-------|-------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 口腔機能向上加算 (I) | /月 | 150 単位 | 161 円 | 321 円 | 481 円 |
| 口腔機能向上加算 (II) | /月 | 160 単位 | 171 円 | 342 円 | 513 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) | /回 | 20 単位 | 22 円 | 43 円 | 64 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) | /回 | 5 単位 | 6 円 | 11 円 | 16 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | /月 | 40 単位 | 43 円 | 86 円 | 129 円 |
| サービス提供体制強化加算 (I) | /月 | 88 単位 | 94 円 | 188 円 | 282 円 |
| | /月 | 176 単位 | 188 円 | 376 円 | 564 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (I) | /月 | 所定単位数の 92/1,000 加算 | | | |

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

| その他費用 | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| | 食費 | /日 | 650 円 |
| | おやつ代 | | 70 円 |

※食費・おやつ代が別途かかります (非課税)

※ご利用日当日にキャンセルされた場合は、キャンセル代として上記費用を頂戴します

料金表

[通所型サービス A]

| | | | | | |
|------|------|----|------|------|-------|
| 対象地域 | 国分寺市 | 等級 | 3 級地 | 地域加算 | 10.68 |
|------|------|----|------|------|-------|

| | |
|----------|---------------|
| サービス提供時間 | 7 時間以上 8 時間未満 |
|----------|---------------|

| 項目 | 区分 | 送迎 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|-------------|-------------------|----|------|--------|-------|-------|---------|
| | | | | | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| 要支援 1 | 1時間30分以上 3時間未満 | あり | /回 | 350 単位 | 374 円 | 748 円 | 1,122 円 |
| | | なし | | 389 単位 | 416 円 | 831 円 | 1,247 円 |
| | 3時間以上 | あり | | 365 単位 | 390 円 | 780 円 | 1,170 円 |
| | | なし | | 405 単位 | 433 円 | 865 円 | 1,298 円 |
| 事業対象者 要支援 2 | 1時間30分以上 3時間未満 | あり | | 350 単位 | 374 円 | 748 円 | 1,122 円 |
| | | なし | | 389 単位 | 416 円 | 831 円 | 1,247 円 |
| | 3時間以上 | あり | | 365 単位 | 390 円 | 780 円 | 1,170 円 |
| | | なし | | 405 単位 | 433 円 | 865 円 | 1,298 円 |

| 加算項目 | 算定単位 | 単位数 | 自己負担額 | | |
|------------------|------|--------------------|-------|-------|-------|
| | | | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| サービス提供体制強化加算 (I) | /回 | 22 単位 | 24 円 | 47 円 | 71 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (I) | /月 | 所定単位数の 92/1,000 加算 | | | |

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

| その他費用 | 項目 | 算定単位 | 料金 |
|-------|------|------|-------|
| | 食費 | /日 | 650 円 |
| | おやつ代 | | 70 円 |

※食費・おやつ代が別途かかります (非課税)

※ご利用日当日にキャンセルされた場合は、キャンセル代として上記費用を頂戴します