

ご利用料金

[地域加算] 10.68 [等級] 3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	621円	1,241円	1,862円	655単位	700円	1,399円	2,099円
要介護2	686単位	733円	1,466円	2,198円	773単位	826円	1,651円	2,477円
要介護3	792単位	846円	1,692円	2,538円	896単位	957円	1,914円	2,871円
要介護4	897単位	958円	1,916円	2,874円	1,018単位	1,088円	2,175円	3,262円
要介護5	1,003単位	1,072円	2,143円	3,214円	1,142単位	1,220円	2,440円	3,659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	43円	86円	129円
個別機能訓練加算Iイ	56単位/回	60円	118円	177円
口腔・栄養スクリーニング加算I	20単位/回	22円	43円	64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
科学的介護推進体制加算	40単位/月	43円	86円	129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II	所定単位数の10/1,000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月間に1回です

その他共通料金	昼食・おやつ代	630円
---------	---------	------

※料金は1回(1日)あたりのものです ※透析腎臓食(872円)も対応可能です
 ※キャンセルされる場合は、前日の18時までにご連絡ください。ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料(上記料金)をいただきます

■ 送迎エリア

東京都清瀬市・東久留米市・東村山市・西東京市、埼玉県新座市・所沢
 ※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

■ 一日の流れ



ご利用料金

清瀬市 通所型サービス（従来型）						
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月につき	1,672 単位	1,786 円	3,572 円	5,357 円
事業対象者 要支援2	週2回程度		3,428 単位	3,662 円	7,323 円	10,984 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	241 円	481 円	721 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ		1回につき	20 単位	22 円	43 円	64 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	43 円	86 円	129 円
事業所評価加算		1月につき	120 単位	129 円	257 円	385 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Ⅱ		1月につき	所定単位数の 10/1,000 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

東久留米市 総合事業型予防通所介護						
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	411 円	821 円	1,231 円
		1月につき	1,672 単位	1,786 円	3,572 円	5,357 円
事業対象者 要支援2	週2回程度	1回につき	395 単位	422 円	844 円	1,266 円
		1月につき	3,428 単位	3,662 円	7,323 円	10,984 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	241 円	481 円	721 円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ		1回につき	20 単位	22 円	43 円	64 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	43 円	86 円	129 円
事業所評価加算		1月につき	120 単位	129 円	257 円	385 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Ⅱ		1月につき	所定単位数の 10/1,000 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	630 円
---------	---------	-------

※料金は1回(1日)あたりのものです ※透析腎臓食(872円)も対応可能です

※キャンセルされる場合は、前日の18時までにご連絡ください。ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料(上記料金)をいただきます

ご利用料金

新座市 介護予防通所介護サービス						
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1回程度		1,714 単位	1,792 円	3,583 円	5,374 円
事業対象者 要支援2	週2回程度		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
事業所評価加算		1月につき	120 単位	126 円	251 円	377 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Ⅱ		1月につき	所定単位数の 10/1,000 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

630 円

※料金は1回(1日)あたりのものです ※透析腎臓食(872円)も対応可能です

※キャンセルされる場合は、前日の18時までにご連絡ください。ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料(上記料金)をいただきます