

ご利用料金

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	613円	1,225円	1,837円	655単位	691円	1,381円	2,071円
要介護2	686単位	723円	1,446円	2,169円	773単位	815円	1,630円	2,445円
要介護3	792単位	835円	1,670円	2,505円	896単位	945円	1,889円	2,833円
要介護4	897単位	946円	1,891円	2,837円	1,018単位	1,073円	2,146円	3,219円
要介護5	1,003単位	1,058円	2,115円	3,172円	1,142単位	1,204円	2,408円	3,611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	85円	127円
個別機能訓練加算Iイ	56単位/回	59円	118円	177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III	6単位/回	7円	13円	19円
科学的介護推進体制加算	40単位/月	43円	85円	127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)			
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月間に1回です

その他共通料金	昼食・おやつ代	700円
---------	---------	------

※料金は1回(1日)あたりのものです

※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

豊中市・尼崎市・伊丹市・大阪市淀川区 ※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

ご利用料金表

豊中市 通所介護相当サービス ※1ヶ月(30日)あたり					
項目	算定単位	単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1月につき	1,672 単位	1,763 円	3,525 円	5,287 円
要支援2	1月につき	1,714 単位	1,807 円	3,613 円	5,420 円
事業対象者要支援2	1月につき	3,428 単位	3,614 円	7,227 円	10,840 円
加算	単位数	1割負担	2割負担	3割負担	
運動器機能向上加算	225 単位	238 円	475 円	712 円	
科学的介護推進体制	40 単位	43 円	85 円	127 円	
口腔・栄養スクリーニングⅠ	20 単位	21 円	42 円	63 円	
口腔・栄養スクリーニングⅡ	5 単位	6 円	11 円	16 円	
介護職員処遇改善Ⅰ	所定単位数の 59/1,000 加算				
介護職員等特定処遇改善Ⅱ	所定単位数の 10/1,000 加算				
介護職員等ベースアップ等支援	所定単位数の 11/1,000 加算				

※料金には送迎が含まれます
※単位・料金は1ヶ月(30日)あたりのものです

尼崎市 介護予防型通所サービス ※1ヶ月(30日)あたり						
項目	区分	入浴	単位数(／月)	自己負担額(／月)		
				1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
事業対象者	週1回未満	なし	1,258 単位	1,315 円	2,630 円	3,944 円
		あり	1,338 単位	1,399 円	2,797 円	4,195 円
要支援2	週1回程度	なし	1,937 単位	2,025 円	4,049 円	6,073 円
		あり	2,057 単位	2,150 円	4,299 円	6,449 円
要支援1	週1回程度	なし	1,572 単位	1,643 円	3,286 円	4,929 円
		あり	1,672 単位	1,748 円	3,495 円	5,242 円
要支援2	週2回程度	なし	3,218 単位	3,363 円	6,726 円	10,089 円
		あり	3,428 単位	3,583 円	7,165 円	10,747 円
加算項目			単位数(／月)	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
運動器機能向上加算			225 単位	236 円	471 円	706 円
科学的介護推進加算			40 単位	42 円	84 円	126 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)			20 単位	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)			5 単位	6 円	11 円	16 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ			所定単位数の 59/1000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ			所定単位数の 10/1000 加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算			所定単位数の 11/1000 加算			

その他共通料金

昼食・おやつ代

700 円

※料金は1回(1日)あたりのものです