

料金表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	7 級地	地域加算	10.14
-------	------	----	------	------	-------

	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	593 円	1,185 円	1,777 円	658 単位	668 円	1,335 円	2,002 円
要介護 2	689 単位	699 円	1,398 円	2,096 円	777 単位	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 3	796 単位	808 円	1,615 円	2,422 円	900 単位	913 円	1,826 円	2,738 円
要介護 4	901 単位	914 円	1,828 円	2,741 円	1,023 単位	1,038 円	2,075 円	3,112 円
要介護 5	1,008 単位	1,023 円	2,045 円	3,067 円	1,148 単位	1,164 円	2,328 円	3,492 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	41 円	81 円	122 円
入浴介助加算 (II)	／日	55 単位	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算 (I) イ	／日	56 単位	57 円	114 円	171 円
個別機能訓練加算 (II)	／月	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	5 単位	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算 (I)	／回	150 単位	153 円	305 円	457 円
口腔機能向上加算 (II)	／回	160 単位	163 円	325 円	487 円
サービス提供体制強化加算 (II)	／回	18 単位	19 円	37 円	55 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	41 円	81 円	122 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	700 円
	おやつ代		食費に含む

※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

[介護予防型通所サービス]

対象地域	加古川市	等級	7 級地	地域加算	10.14
------	------	----	------	------	-------

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	／回	436 単位	443 円	885 円	1,327 円
		／月	437 単位	444 円	3,647 円	5,470 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	／回	438 単位	445 円	907 円	1,360 円
		／月	439 単位	446 円	7,344 円	11,015 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	153 円	305 円	457 円
口腔機能向上加算 (II)	／月	160 単位	163 円	325 円	487 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	5 単位	5 円	10 円	15 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	41 円	81 円	12 円
サービス提供体制強化加算 (II)	／月	72 単位	73 円	146 円	219 円
	／月	144 単位	146 円	292 円	438 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	700 円
	おやつ代		食費に含む

※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

[介護予防通所サービス]

対象地域	高砂市	等級	7 級地	地域加算	10.14
------	-----	----	------	------	-------

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	／回	436 単位	443 円	885 円	1,327 円
		／月	437 単位	444 円	3,647 円	5,470 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度	／回	438 単位	445 円	907 円	1,360 円
		／月	439 単位	446 円	7,344 円	11,015 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	153 円	305 円	457 円
口腔機能向上加算 (II)	／月	160 単位	163 円	325 円	487 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	5 単位	5 円	10 円	15 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	41 円	81 円	12 円
サービス提供体制強化加算 (II)	／月	72 単位	73 円	146 円	219 円
	／月	144 単位	146 円	292 円	438 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	700 円
	おやつ代		食費に含む

※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