

## 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
5時間以上6時間未満								
要介護1	567 単位	593 円	1,185 円	1,778 円				
要介護2	670 単位	701 円	1,401 円	2,101 円				
要介護3	773 単位	808 円	1,616 円	2,424 円				
要介護4	876 単位	916 円	1,831 円	2,747 円				
要介護5	979 単位	1,049 円	2,046 円	3,069 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/回	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	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

640円・60円

※料金は1回(1日)あたりのものです

※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。当日キャンセルの場合は、キャンセル料として上記食事料金をいただきます。

## ■ 送迎エリア

綾瀬市・海老名市・座間市・大和市 ※詳細はご相談ください

## ご利用料金

### 綾瀬市 通所介護相当サービス

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
サービス提供体制強化加算Ⅲ		1月につき	24 単位	25 円	50 円	75 円
		1月につき	48 単位	51 円	101 円	151 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			
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

### 海老名市 通所介護相当サービス

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	1,763 円	3,525 円	5,287 円
事業対象者 要支援2	週1回程度		1,714 単位	1,807 円	3,613 円	5,420 円
事業対象者 要支援2	週2回程度		3,428 単位	3,614 円	7,227 円	10,840 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	238 円	475 円	712 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	43 円	85 円	127 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		1月につき	24 単位	26 円	51 円	76 円
		1月につき	48 単位	51 円	101 円	152 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			
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

640 円 / 60 円

※料金は1回(1日)あたりのものです

※お休みされる際は、必ず当日の朝 8:30 までにお電話にてご連絡ください

※ご利用当日にキャンセルされた場合はキャンセル料として左記料金をいただきます