ヒューマンライフケア　デイサービス（通所介護）料金表

事業所	ヒューマンライフケア　　利倉		
サービス利用時間	7時間以上8時間未満	事業所規模	通常規模
等級	４級地	地域加算	10.54

«利用料金»

利用時間	算定単位	介護度	単位	基本料金	自己負担額			取得有無
					1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方	
３時間以上 ４時間未満	1回につき	要介護1	368単位	3,878円	388円	776円	1,164円	有
		要介護2	421単位	4,437円	444円	888円	1,332円	
		要介護3	477単位	5,027円	503円	1,006円	1,509円	
		要介護4	530単位	5,586円	559円	1,118円	1,676円	
		要介護5	585単位	6,165円	617円	1,233円	1,850円	
４時間以上 ５時間未満		要介護1	386単位	4,068円	407円	814円	1,221円	有
		要介護2	442単位	4,658円	466円	932円	1,398円	
		要介護3	500単位	5,270円	527円	1,054円	1,581円	
		要介護4	557単位	5,870円	587円	1,174円	1,761円	
		要介護5	614単位	6,471円	648円	1,295円	1,942円	
５時間以上 ６時間未満		要介護1	567単位	5,976円	598円	1,196円	1,793円	有
		要介護2	670単位	7,061円	707円	1,413円	2,119円	
		要介護3	773単位	8,147円	815円	1,630円	2,445円	
		要介護4	876単位	9,233円	924円	1,847円	2,770円	
		要介護5	979単位	10,318円	1,032円	2,064円	3,096円	
６時間以上 ７時間未満		要介護1	581単位	6,123円	613円	1,225円	1,837円	有
		要介護2	686単位	7,230円	723円	1,446円	2,169円	
		要介護3	792単位	8,347円	835円	1,670円	2,505円	
		要介護4	897単位	9,454円	946円	1,891円	2,837円	
		要介護5	1003単位	10,571円	1,058円	2,115円	3,172円	
７時間以上 ８時間未満		要介護1	655単位	6,903円	691円	1,381円	2,071円	有
		要介護2	773単位	8,147円	815円	1,630円	2,445円	
		要介護3	896単位	9,443円	945円	1,889円	2,833円	
		要介護4	1018単位	10,729円	1,073円	2,146円	3,219円	
		要介護5	1142単位	12,036円	1,204円	2,408円	3,611円	
８時間以上 ９時間未満		要介護1	666単位	7,019円	702円	1,404円	2,106円	無
		要介護2	787単位	8,294円	830円	1,659円	2,489円	
		要介護3	911単位	9,601円	961円	1,921円	2,881円	
		要介護4	1036単位	10,919円	1,092円	2,184円	3,276円	
		要介護5	1162単位	12,247円	1,225円	2,450円	3,675円	

※ 当事業所が原則ご提供している１日のサービス利用時間は、«サービス利用時間»をご参照ください。なお、居宅サービス計画および通所介護計画に基づき、短時間のご利用をされる場合には別途ご相談ください。この場合も、上記料金表に基づき算定します。

※ 自己負担額の該当する割合は、保険者が発行する負担割合証に基づきご請求いたします。なお、有効期間内に割合変更があった場合、当該月の翌月初日付の変更でご請求いたします。（ただし、給付制限対象者については３割負担が優先されます。）

※ 料金表の料金設定の基本となる時間は、利用者の居宅サービス計画書（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。毎月の料金の詳細は、ケアマネジャーから交付されるサービス利用表(別表)で確認することができます。

※ 定員超過の場合または、看護・介護職員が欠員の場合は、所定単位数に70/100を乗じた単位数で算定します。

※ 心身の状況その他利用者のやむを得ない事情で、長時間のサービス利用が困難な場合に2時間以上3時間未満の利用をされた場合は、4時間以上5時間未満の所定単位数に70/100を乗じた単位数で算定します。

※ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合かつ事業所が算定要件を満たしている場合、所定単位数に103/100を乗じた単位数で算定します。

«その他の加算»

項 目	利用時間	算定単位	介 護 度	単 位	加 算 料 金	自己負担額			取 得 有 無
						1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方	
延長加算	9時間以上 10時間未満	1回につき	要介護1	716単位	7,546円	755円	1,510円	2,264円	無
			要介護2	837単位	8,821円	883円	1,765円	2,647円	
			要介護3	961単位	10,128円	1,013円	2,026円	3,039円	
			要介護4	1086単位	11,446円	1,145円	2,290円	3,434円	
			要介護5	1212単位	12,774円	1,278円	2,555円	3,833円	

項 目	算 定 単 位	単 位 数	加 算 料 金	自己負担額			取 得 有 無
				1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方	
入浴介助加算（Ⅰ）	1日につき	40単位	421円	43円	85円	127円	有
入浴介助加算（Ⅱ）		55単位	579円	58円	116円	174円	無
中重度者ケア体制加算	1日につき	45単位	474円	48円	95円	143円	無
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	1日につき	56単位	590円	59円	118円	177円	有
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ		85単位	895円	90円	179円	269円	無
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1月につき	20単位	210円	21円	42円	63円	無
ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）	1月につき	30単位	316円	32円	64円	95円	無
ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）		60単位	632円	64円	127円	190円	無
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	60単位	632円	64円	127円	190円	無
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1回につき (6月に1回を限度)	20単位	210円	21円	42円	63円	有
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		5単位	52円	6円	11円	16円	有
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1回につき (月2回を限度)	150単位	1,581円	159円	317円	475円	無
口腔機能向上加算（Ⅱ）		160単位	1,686円	169円	338円	506円	無
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	421円	43円	85円	127円	有
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回につき	22単位	231円	24円	47円	70円	無
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		18単位	189円	19円	38円	57円	無
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		6単位	63円	7円	13円	19円	無
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき	所定単位数の59/1000 加算					有
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）		所定単位数の43/1000 加算					無
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）		所定単位数の23/1000 加算					無
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位数の12/1000 加算					無
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）		所定単位数の10/1000 加算					有
事業所が送迎を行わない場合	片道につき	-47単位	-495円	-50円	-99円	-149円	※該当する場合は算定
同一建物減算	1日につき	-94単位	-990円	-99円	-198円	-297円	

«その他の費用および留意事項»

●食費、おやつ代が別途必要となります（非課税）。

項 目	算 定 単 位	料 金
食 費	1日につき	700円
おやつ代	1日につき	食費に含む

●ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料として、上記料金をいただきます。

ヒューマンライフケア 利倉

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	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
介護職員処遇改善加算Ⅰ	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	所定単位数の 10/1,000 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			

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