

## 料金表

### [通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	2 級地	地域加算	10.72
-------	------	----	------	------	-------

	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	626 円	1,252 円	1,878 円	658 単位	706 円	1,411 円	2,116 円
要介護 2	689 単位	739 円	1,478 円	2,216 円	777 単位	833 円	1,666 円	2,499 円
要介護 3	796 単位	854 円	1,707 円	2,560 円	900 単位	965 円	1,930 円	2,895 円
要介護 4	901 単位	966 円	1,932 円	2,898 円	1,023 単位	1,097 円	2,194 円	3,290 円
要介護 5	1,008 単位	1,081 円	2,161 円	3,242 円	1,148 単位	1,231 円	2,462 円	3,692 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	43 円	86 円	129 円
個別機能訓練加算 (I) イ	／日	56 単位	60 円	120 円	180 円
個別機能訓練加算 (II)	／月	20 単位	22 円	43 円	65 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	／回	20 単位	22 円	43 円	65 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	／回	5 単位	6 円	11 円	16 円
科学的介護推進体制加算	／月	40 単位	43 円	86 円	129 円
サービス提供体制強化加算 (III)	／回	18 単位	20 円	39 円	58 円
介護職員処遇改善加算 (I)	／月	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)	／月	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	／月	所定単位数の 11/1,000 加算			

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

その他費用	項目	算定単位	料金
	食費	／日	670 円
	おやつ代		50 円

※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

[市基準型指定第1号通所事業（通所介護等との一体型）]

対象地域	町田市	等級	2級地	地域加算	10.72
------	-----	----	-----	------	-------

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	/月	1,421 単位	1,524 円	3,047 円	4,570 円
事業対象者 要支援 2			1,457 単位	1,562 円	3,124 円	4,686 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		2,913 単位	3,123 円	6,246 円	9,369 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
運動器機能向上加算	/月	300 単位	322 円	644 円	965 円
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	43 円	86 円	129 円
介護職員処遇改善加算 (I)	/月	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)	/月	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	/月	所定単位数の 11/1,000 加算			

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

その他費用	項目	算定単位	料金
	食費	/日	670 円
	おやつ代		50 円

※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

### [国基準型指定第1号通所事業]

対象地域	町田市	等級	2級地	地域加算	10.72
------	-----	----	-----	------	-------

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	/月	1,672 単位	1,793 円	3,585 円	5,377 円
事業対象者 要支援 2			1,714 単位	1,838 円	3,675 円	5,513 円
事業対象者 要支援 2	週 2 回程度		3,428 単位	3,675 円	7,350 円	11,025 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	
運動器機能向上加算	/月	225 単位	242 円	483 円	724 円	
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	22 円	43 円	65 円	
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	/回	5 単位	6 円	11 円	16 円	
科学的介護推進体制加算	/月	40 単位	43 円	86 円	129 円	
サービス提供体制強化加算 (II)	事業対象者 (週 1 回程度)・ 要支援 1	/月	72 単位	78 円	155 円	232 円
	要支援 2 (週 1 回程度)	/月	72 単位	78 円	155 円	232 円
	事業対象者・ 要支援 2 (週 2 回程度)	/月	144 単位	155 円	309 円	463 円
介護職員処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 59/1,000 加算				
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	/月	所定単位数の 12/1,000 加算				
介護職員等ベースアップ等支援加算	/月	所定単位数の 11/1,000 加算				

※口腔・栄養スクリーニング加算 (I・II) は 6 ヶ月に 1 回を限度とします

その他費用	項目	算定単位	料金
	食費	/日	650 円
	おやつ代		50 円

※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