

料金表

[通所介護]

事業所規模	地域密着型	等級	3 級地	地域加算	10.68
-------	-------	----	------	------	-------

	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	678 単位	725 円	1,449 円	2,173 円	753 単位	805 円	1,609 円	2,413 円
要介護 2	801 単位	856 円	1,711 円	2,567 円	890 単位	951 円	1,901 円	2,852 円
要介護 3	925 単位	988 円	1,976 円	2,964 円	1,032 単位	1,103 円	2,205 円	3,307 円
要介護 4	1,049 単位	1,121 円	2,241 円	3,361 円	1,172 単位	1,252 円	2,504 円	3,755 円
要介護 5	1,172 単位	1,252 円	2,504 円	3,755 円	1,312 単位	1,402 円	2,803 円	4,204 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	64 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	/回	20 単位	22 円	43 円	64 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
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

	項目	算定単位	料金
その他費用	食費	/日	680 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