

サービス料金表

(1)介護保険給付対象サービス( 1単位=10.14円 )

サービス名		単位	介護報酬単位数	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
通常規模型 通所介護費 7時間以上 8時間未満 (1日ご利用)	要介護1	1日	753 単位	764	1,527	2,291
	要介護2	"	890 単位	903	1,805	2,708
	要介護3	"	1,032 単位	1,047	2,093	3,140
	要介護4	"	1,172 単位	1,189	2,377	3,566
	要介護5	"	1,312 単位	1,331	2,661	3,991
通常規模型 通所介護費 4時間以上 5時間未満 (半日ご利用)	要介護1	1日	436 単位	443	885	1,327
	要介護2	"	501 単位	508	1,016	1,524
	要介護3	"	566 単位	574	1,148	1,722
	要介護4	"	629 単位	638	1,276	1,914
	要介護5	"	695 単位	705	1,410	2,115
入浴介助加算(Ⅰ)		1回	40 単位	41	81	122
同一建物居住(利用)減算		1日	-94 単位	-96	-191	-286
送迎減算(片道)		1回	-47 単位	-48	-96	-143
介護職員処遇改善加算Ⅱ口		1月	上記サービス費の1ヵ月の総単位数の12.5%			

(2)介護保険給付対象外サービス

サービス名		単位	単価	備考
送迎費(通常の実 施地域以外)	片道5km未満	1回	500 円	
	片道5km以上は1km増すごとに	1回	100 円	
食費	昼食	1食	788 円	
	夕食	"	685 円	延長サービス時
おやつ		1食	77 円	
理美容代		1回	1,700 円	(実費)
レクリエーション材料費		1回	実費	
おむつ代	紙おむつ	1枚	120 円	
	リハビリパンツ	"	100 円	
	尿とりパット	"	20 円	
キャンセル料	利用日の前日連絡の場合	1日	通所介護費自己負担相当額の50%	
	利用日の当日連絡の場合	"	通所介護費自己負担相当額の100%	

サービス料金表

(1)介護保険給付対象サービス( 1単位=住民登録のある市町村により異なります。 )

※下記は南足柄市(1単位=10.14)にて計算されています

サービス名		単位	介護報酬単位数	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
通常規模型 通所介護費	要支援1	1月	1,798 単位	1,823	3,646	5,469
	要支援2	〃	3,621 単位	3,671	7,343	11,015
	要支援1	1日	436 単位	442	884	1,326
	要支援2	〃	447 単位	453	906	1,359
介護職員処遇改善加算Ⅱロ		1月	上記サービス費の1ヵ月の総単位数の12.5%			

(2)介護保険給付対象外サービス

サービス名		単位	単価	備考
送迎費(通常の実 施地域以外)	片道5km未満	1回	500 円	
	片道5km以上は1km増すごとに	1回	100 円	
食費	昼食	1食	788 円	
	夕食	〃	685 円	延長サービス時
おやつ		1食	77 円	
理美容代		1回	1,700 円	(実費)
レクリエーション材料費		1回	実費	
おむつ代	紙おむつ	1枚	120 円	
	リハビリパンツ	〃	100 円	
	尿とりパット	〃	20 円	
キャンセル料	利用日の前日連絡の場合	1日	通所介護費自己負担相当額の50%	
	利用日の当日連絡の場合	〃	通所介護費自己負担相当額の100%	

サービス料金表

(1)介護保険給付対象サービス( 1単位=住民登録のある市町村により異なります。 )

※下記は開成町(1単位=10)にて計算されています

サービス名		単位	介護報酬単位数	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
通常規模型 通所介護費	要支援1	1月	1,798 単位	1,798	3,596	5,394
	要支援2	〃	3,621 単位	3,621	7,242	10,863
介護職員処遇改善加算Ⅱ口		1月	上記サービス費の1ヵ月の総単位数の12.5%			

(2)介護保険給付対象外サービス

サービス名		単位	単価	備考
送迎費(通常の実 施地域以外)	片道5km未満	1回	500 円	
	片道5km以上は1km増すごとに	1回	100 円	
食費	昼食	1食	788 円	
	夕食	〃	685 円	延長サービス時
おやつ		1食	77 円	
理美容代		1回	1,700 円	(実費)
レクリエーション材料費		1回	実費	
おむつ代	紙おむつ	1枚	120 円	
	リハビリパンツ	〃	100 円	
	尿とりパット	〃	20 円	
キャンセル料	利用日の前日連絡の場合	1日	通所介護費自己負担相当額の50%	
	利用日の当日連絡の場合	〃	通所介護費自己負担相当額の100%	