

通所介護サービス利用料金表（1割負担）

【通常規模型の給付対象サービス】

ご契約者の要介護度に応じた1回あたりのサービス利用料金（単位：円）					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス提供時間（3－4時間）	389	446	504	561	619
サービス提供時間（4－5時間）	408	468	529	589	650
サービス提供時間（5－6時間）	600	708	817	926	1,035
サービス提供時間（6－7時間）	615	726	838	949	1,061
サービス提供時間（7－8時間）	692	817	948	1,077	1,207
入浴介助加算	54				
認知症加算	64				
中重度ケア加算	48				
口腔機能向上加算	1回につき自己負担額161円（月2回まで）				
サービス提供体制強化加算I	20				
介護職員処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×59／1000				
介護職員等特定処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×12／1000				
同一建物居住者通所介護	-101				
送迎を行なわなかった場合（片道）	-51				

通所介護サービス利用料金表（2割負担）

【通常規模型の給付対象サービス】

ご契約者の要介護度に応じた1回あたりのサービス利用料金（単位：円）					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス提供時間（3－4時間）	778	891	1,008	1,122	1,237
サービス提供時間（4－5時間）	816	936	1,058	1,177	1,299
サービス提供時間（5－6時間）	1,199	1,416	1,634	1,852	2,070
サービス提供時間（6－7時間）	1,229	1,451	1,675	1,897	2,121
サービス提供時間（7－8時間）	1,384	1,634	1,895	2,153	2,414
入浴介助加算	107				
認知症加算	128				
中重度ケア加算	96				
口腔機能向上加算	1回につき自己負担額321円（月2回まで）				
サービス提供体制強化加算I（イ）	39				
介護職員処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×59／1000				
介護職員等特定処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×12／1000				
同一建物居住者通所介護	-201				
送迎を行なわなかった場合（片道）	-101				

通所介護サービス利用料金表（3割負担）

【通常規模型の給付対象サービス】

ご契約者の要介護度に応じた1回あたりのサービス利用料金（単位：円）					
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス提供時間（3－4時間）	1,167	1,336	1,512	1,683	1,855
サービス提供時間（4－5時間）	1,224	1,404	1,586	1,766	1,948
サービス提供時間（5－6時間）	1,798	2,124	2,451	2,778	3,105
サービス提供時間（6－7時間）	1,843	2,176	2,512	2,845	3,182
サービス提供時間（7－8時間）	2,076	2,451	2,842	3,230	3,621
入浴介助加算	161				
認知症加算	192				
中重度ケア加算	144				
口腔機能向上加算	1回につき自己負担額481円（月2回まで）				
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	58				
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×59／1000				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×12／1000				
同一建物居住者通所介護	－301				
送迎を行なわなかった場合（片道）	－151				

【共通の給付対象外サービス】

ご利用サービス	利用料金
①食事等の提供（昼食・おやつ）	食費 700円（おやつ含む）
②レクリエーション、クラブ活動、日常生活上必要となる諸費用	実費
③おむつ・パット代	・オムツ 140円 ・尿取りパット 30円 ・はくパンツ S 160円. M 170円. L 190円
④理容・美容 （利用日は別途お知らせします。）	・ カット、ブロー 1,700円 ・ ・ パーマ 3,800円 毛染め 3,800円 ・ ヘアマニキュア 4,200円 シャンプー 600円 ・ 顔剃り 600円
⑤写真代	・1枚 21円
⑥介護保険給付の支給限度額を超えてのサービス	介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）が必要となります。
⑦通行料	実費
⑦の他	実費