

通所介護サービス利用料金表（1割負担）

【認知症対応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）	530	583	635	689	742
サービス提供時間（4－5時間）	555	610	666	722	777
サービス提供時間（5－6時間）	831	920	1,009	1,095	1,185
サービス提供時間（6－7時間）	852	944	1,035	1,123	1,216
サービス提供時間（7－8時間）	963	1,066	1,171	1,275	1,378
入浴介助加算	55				
口腔機能向上加算	1回につき自己負担額163円（月2回まで）				
サービス提供体制強化加算I（イ）	20				
介護職員処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×104／1000				
介護職員等特定処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×31／1000				
同一建物居住者通所介護	-102				
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）

【認知症対応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）	1,059	1,166	1,270	1,378	1,484
サービス提供時間（4－5時間）	1,109	1,220	1,332	1,443	1,553
サービス提供時間（5－6時間）	1,662	1,839	2,017	2,190	2,370
サービス提供時間（6－7時間）	1,703	1,887	2,069	2,246	2,431
サービス提供時間（7－8時間）	1,926	2,132	2,342	2,550	2,755
入浴介助加算	109				
口腔機能向上加算	1回につき自己負担額325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×104／1000				
介護職員等特定処遇改善加算I	1ヶ月の総単位数×31／1000				
同一建物居住者通所介護	-204				
送迎を行なわなかった場合（片道）	-102				

通所介護サービス利用料金表（3割負担）

【認知症対応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）	1,589	1,748	1,904	2,067	2,226
サービス提供時間（4－5時間）	1,664	1,830	1,998	2,164	2,330
サービス提供時間（5－6時間）	2,492	2,759	3,025	3,285	3,555
サービス提供時間（6－7時間）	2,554	2,830	3,103	3,369	3,646
サービス提供時間（7－8時間）	2,889	3,197	3,513	3,824	4,133
入浴介助加算	163				
口腔機能向上加算	1回につき自己負担額488円（月2回まで）				
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	59				
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×104／1000				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×31／1000				
同一建物居住者通所介護	-306				
送迎を行なわなかった場合（片道）	-153				

通所介護サービス利用料金表（1割負担）

【介護予防認知症対応型の給付対象サービス】

ご契約者の要支援度に応じた1回あたりのサービス利用料金（単位：円）		
	要支援1	要支援2
サービス提供時間（3－4時間）	463	514
サービス提供時間（4－5時間）	485	538
サービス提供時間（5－6時間）	720	802
サービス提供時間（6－7時間）	738	822
サービス提供時間（7－8時間）	833	931
入浴介助加算	55	
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	20	
口腔機能向上加算	163	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×104／1000	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×31／1000	
同一建物居住者通所介護	-102	
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）

【介護予防認知症対応型の給付対象サービス】

ご契約者の要支援度に応じた1回あたりのサービス利用料金（単位：円）		
	要支援1	要支援2
サービス提供時間（3－4時間）	925	1,027
サービス提供時間（4－5時間）	969	1,075
サービス提供時間（5－6時間）	1,439	1,603
サービス提供時間（6－7時間）	1,475	1,644
サービス提供時間（7－8時間）	1,666	1,861
入浴介助加算	109	
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	39	
口腔機能向上加算	325	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×104／1000	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×31／1000	
同一建物居住者通所介護	-204	
送迎を行なわなかった場合（片道）	-102	

通所介護サービス利用料金表（3割負担）

【介護予防認知症対応型の給付対象サービス】

ご契約者の要支援度に応じた1回あたりのサービス利用料金（単位：円）		
	要支援1	要支援2
サービス提供時間（3－4時間）	1,388	1,540
サービス提供時間（4－5時間）	1,453	1,612
サービス提供時間（5－6時間）	2,158	2,405
サービス提供時間（6－7時間）	2,213	2,466
サービス提供時間（7－8時間）	2,499	2,791
入浴介助加算	163	
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	59	
口腔機能向上加算	488	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×104／1000	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数×31／1000	
同一建物居住者通所介護	－306	
送迎を行なわなかった場合（片道）	－153	

【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	<ul style="list-style-type: none"> ・紙オムツ 140円 ・尿取りパット 30円 ・はくパンツ S160円, M170円, L190円
④理髪、美容 利用日はお知らせ致します。	<ul style="list-style-type: none"> ・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	21円
⑥通行料	実費
⑦その他	実費

注1）経済状況の変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と事由等について周知させていただきます。

注2）1ヶ月ごとに計算し、利用料と同時にご請求いたします。

注3）それぞれご利用時に利用料をお支払い頂く場合もあります。