

利 用 料 金 表 (1割負担の場合)

下記の表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. 通所介護サービスによる料金（1日につき）

* 通常規模型通所介護：7時間～8時間

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. 契約者のサービス利用料金	¥6,580	¥7,770	¥9,000	¥10,230	¥11,480
2. うち介護保険から給付される金額	¥5,922	¥6,993	¥8,100	¥9,207	¥10,332
3. サービス利用に係る自己負担金	¥658	¥777	¥900	¥1,023	¥1,148
4. サービス提供体制強化加算（I）			¥22		
5. 入浴介助加算（I）			¥40		
6. 若年性認知症利用者受入加算			¥60		
7. 認知症加算			¥60		
8. 栄養改善加算		（1月につき 200単位を加算）			
9. 口腔機能向上加算（I）		（1月につき 150単位を加算）			
10. 科学的介護推進体制加算		¥40（1月につき40単位を加算）			
11. 介護職員等処遇改善加算（I）		所定単位数(3～10により算定)に9.2%を乗じた額			
12. 食費に係る負担額		¥400			
13. 自己負担額合計(3～12より算定)					
*3～11は介護保険1割負担額					

※利用者に対して、居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合は、片道47単位を所定の単位数から減算いたします。※（所得に応じて負担割合が異なります。）

2. 印南町・第1号通所介護事業サービスによる料金（1ヶ月につき）

	要支援1	要支援2	備考
1. 契約者のサービス利用料金	¥17,980	¥36,210	
2. うち介護保険から給付される金額	¥16,182	¥32,589	
3. サービス利用に係る自己負担金	¥1,798	¥3,621	
4. サービス提供体制強化加算（I）	¥88	¥176	
6. 栄養改善加算	(1ヶ月につき 200単位を加算)		
7. 口腔機能向上加算（I）	(1ヶ月につき 150単位を加算)		
8. 口腔・栄養スクリーニング加算（I）	(1回につき 20単位を加算) (6ヶ月に1回を限度)		
9. 生活機能向上グループ活動加算	¥100		
10. 若年性認知症利用者受入加算	¥240		
11. 科学的介護推進体制加算	(1ヶ月につき 40単位を加算)		
12. 介護職員等待遇改善加算（I）	所定単位数（3～11により算定）に9.2%を乗じた額		
13. 食費に係る負担額	1回 ¥400		
14. 自己負担額合計 (3～13より算定)	+ (400円×食事数)		
*3～12は介護保険1割負担額			

※利用者に対して、居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合は、片道47単位を所定の単位数から減算いたします。※（所得に応じて負担割合が異なります。）

3. みなべ町・第1号通所事業による料金（1回につき）

	・事業対象者 ・要支援1 1月の中で4回まで	・事業対象者 ・要支援2 1月の中で5回から 8回まで	備 考
1. 契約者のサービス利用料金	¥4,360	¥4,470	
2. うち介護保険から給付される金額	¥3,924	¥4,023	
3. サービス利用に係る自己負担金	¥436	¥447	
4. サービス提供体制強化加算（I）	¥88	¥176	
6. 栄養改善加算	(1月につき 200 単位を加算)		
7. 口腔機能向上加算（I）	(1月につき 150 単位を加算)		
8. 口腔・栄養スクリーニング加算（I）	1回につき 20 単位を加算) (6月に1回を限度)		
9. 生活機能向上グループ活動加算	¥100		
10. 若年性認知症利用者受入加算	¥240		
11. 科学的介護推進体制加算	(1月につき 40単位を加算)		
12. 介護職員等処遇改善加算（I）	所定単位数（3～11により算定）に9.2%を乗じた額		
13. 食費に係る負担額	1回 ¥400		
14. 自己負担額合計 (3～13より算定) *3～12は介護保険1割負担額			

※利用者に対して、居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合は、片道 47 単位を所定の単位数から減算いたします。※（所得に応じて負担割合が異なります。）