

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 | | +（400円×食事数） | | | |

※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。）