## 4. 利用料金

(1) 利用料

□地域密着型通所介護サービス(要介護1~5の方/1日につき)

井、 ビュ 百日		サービス 利用者自己負担額			項
リーレク項目	サービス項目 利		1割の方	2割の方	3割の方
	要介護1	¥7, 241	¥725	¥1, 449	¥2, 173
<b>☆★★₩★ 6 5 10 10 10 10</b>	要介護2	¥8, 554	¥856	¥1, 711	¥2, 567
《 <b>基本料金=6 時間 10 分</b> ≫ ・9:40~15:50	要介護3	¥9, 879	¥988	¥1, 976	¥2, 964
9.40.913.50	要介護4	¥11, 203	¥1, 121	¥2, 241	¥3, 361
	要介護5	¥12, 516	¥1, 252	¥2, 504	¥3, 755
入浴介助加算(I)		¥427	¥43	¥86	¥129
同一建物送迎減算	<b>▲</b> ¥1, 003	<b>▲</b> ¥101	<b>▲</b> ¥201	<b>▲</b> ¥301	
送迎減算(同一建物以外・片	▲¥501	<b>▲</b> ¥51	<b>▲</b> ¥101	<b>▲</b> ¥151	
サービス提供体制強化加	¥192	¥20	¥39	¥58	
	までの処遇改	善関係加算			
介護職員処遇改善加算	1月の総利用単位数の 1000 分の 59 を加算				
介護職員等特定処遇改善加	1月の総利用単位数の 1000 分の 12 を加算				
介護職員等ベースアップ等支援加算 1月の総利用単位数の 1000 分の 11 を加算			加算		
2024 年 6 月以降の処遇改善関係加算					
介護職員処遇改善加算 I (新) 1月			利用単位数の1	000 分の 92 を	加算

- ※ 送迎減算は当事業所と同一の建物にお住まいの方のみ適用となります。
- ◇ 送迎介助を利用しない場合、適用となります。
- ◆ 提供時間が3時間を下回るケアプランでご利用される方は上記金額と異なります。詳細は担当のケアマネジャー若しくは当事業所までお問合せください。

# □予防専門型通所サービス(事業対象者・要支援1~2の方/1月につき)

	( <del>T</del> <b>X</b> /) <b>3</b>		2 07/1/ 1 /710		
# 13.4ED	サービス	サービス 利用者自己負担額			
サービス項目 	利用料	1割の方	2割の方	3割の方	
基本料金	週1回	¥19, 202	¥1, 921	¥3, 841	¥5, 761
基本料金	週2回	¥38, 672	¥3, 868	¥7, 735	¥11, 602
送迎減算	週1回	▲¥4, 015	<b>▲</b> ¥402	<b>▲</b> ¥803	<b>▲</b> ¥1, 205
• 同一建物居住者等減算	週2回	<b>▲</b> ¥8, 031	<b>▲</b> ¥804	<b>▲</b> ¥1, 607	<b>▲</b> ¥2, 410
サービス提供	週1回	¥768	¥77	¥154	¥231
体制強化加算Ⅱ	週2回	¥1, 537	¥154	¥308	¥462
2024年5月までの処遇改善関係加算					
介護職員処遇改善加算	1月の総利用単位数の 1000 分の 59 を加算				
介護職員等特定処遇改善加	1月の総利用単位数の 1000 分の 12 を加算				
介護職員等ベースアップ等	1 月の総利用単位数の 1000 分の 11 を加算				
2024年6月以降の処遇改善関係加算					
介護職員処遇改善加算 I (新) 1月の総利用単位数の 1000 分の 92 を加算				を加算	

- ※ 送迎減算は当事業所と同一の建物にお住まいの方のみ適用となります。
- ◆ 月途中で要介護区分が変更になった場合や同一保険者内で転居によりサービス事業所を変更

した場合は、サービス利用料が日割り計算となります。

## ≪地域密着型·予防専門型共通≫

- · 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
- ・ 居宅(予防支援)サービス計画が未作成の場合は全額自己負担となります。
- ・ 介護保険料の支払に滞納があり、介護保険被保険者証に特別な記載がある場合、記載の負担割 合の額となります。
- ・ 上記各サービス項目の単価は 1 項目ごとに小数点以下の端数処理をしております。実際の請求金額はご利用の<u>月間合計単位数に対して小数点以下の端数処理を行なうため、多少の誤差</u>が生じる場合があります。

### 口自費となるもの(介護保険適用外)

食	材料費		費	昼食代 710 円 (飲み物おやつ代 70 円含む) 特別食 (糖尿食、ゼリー食等希望者) 上記+50 円~200 円		
オ	ム	ツ	費	用	1枚200円(必要時のみ)	
自	費	利	用	料	自立認定者および計画外利用者 1回4,000円/6時間10分	
交						

※施設のおむつ、リハビリパンツ、パット等を使用した場合は、同等の商品をお返しください。

#### (2) キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。 キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。但しご契約者の体調不良等正当な事由 がある場合はこの限りではありません。

ご利用日の前日の午後6時までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の前日の午後6時までにご連絡がなかった場合	自己負担相当額+飲み物代

## (3) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 15 日頃に請求書を送付致します。お支払い方法は、原則ご指定の口座より自動引落し(翌月 27 日、休日の場合は翌営業日)とさせていただきます。

なお、引落し手続きの都合でお振込や現金でのお支払いをお願いする場合もございます。