

通所介護・介護予防通所介護事業所 運営規程 別紙料金表

通所介護費 法定代理受領の場合は下記金額の1割。
 (ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

| 【規模区分】 小規模型通所介護費 | | 3時間以上5時間未満 | | 5時間以上7時間未満 | | 7時間以上9時間未満 | |
|---------------------|-------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | 費用額(10割) | 利用者負担額 | 費用額(10割) | 利用者負担額 | 費用額(10割) | 利用者負担額 |
| 要介護1 | 1日につき | ¥4,983 | ¥499 | ¥7,567 | ¥757 | ¥8,745 | ¥875 |
| 要介護2 | 1日につき | ¥5,718 | ¥572 | ¥8,918 | ¥892 | ¥10,280 | ¥1,028 |
| 要介護3 | 1日につき | ¥6,442 | ¥645 | ¥10,269 | ¥1,027 | ¥11,891 | ¥1,190 |
| 要介護4 | 1日につき | ¥7,167 | ¥717 | ¥11,609 | ¥1,161 | ¥13,490 | ¥1,349 |
| 要介護5 | 1日につき | ¥7,880 | ¥788 | ¥12,961 | ¥1,297 | ¥15,079 | ¥1,508 |

【その他加算】

| | (単位数) | 費用額(10割分) | 利用者負担額 |
|----------|--------------|-----------|--------|
| 口腔機能向上加算 | 1回につき(月2回まで) | ¥1,621 | ¥163 |

介護予防通所介護費 法定代理受領の場合は下記金額の1割。
 (ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

| | (単位数) | 費用額(10割分) | 利用者負担額 |
|--------------|-------|-----------|--------|
| 介護予防通所介護費(Ⅰ) | 2,099 | ¥22,690 | ¥2,269 |
| 介護予防通所介護費(Ⅱ) | 4,205 | ¥45,456 | ¥4,546 |

【その他加算】

| | (単位数) | 費用額(10割分) | 利用者負担額 |
|----------|-------|-----------|--------|
| 口腔機能向上加算 | 1月につき | ¥1,621 | ¥163 |

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

| | | |
|-------------------|--|---------------------------------|
| 食費(利用者の希望に応じて) | 1食 | ¥650 (昼食 ¥600 おやつ代 ¥50) |
| 通常の事業の実施地域を越える交通費 | 通常の事業の実施地域を越えて1kmにつき | ¥50 |
| その他日常生活費 | 特別に利用者の希望により購入する身の回り品 (歯ブラシ、化粧品等) | 実費 |
| | 教養娯楽費 (特別に利用者の希望により行事やレクリエーションにかかる 材料費等) | 実費 |

特別区(1級地)の地域単価: 10.81 円