

【契約書別紙】 デイサービスセンターいこいの家たきべ野 利用料金表 (2022年10月1日改訂)

(1)基本料金

<3時間以上4時間未満>

要介護度	1日当たりの自己負担額 (単位:円)													
	通所介護 I ①	入浴介助加算 I ②	サービス提供体制加算 III ③	処遇改善加算 I 5.9% ④	算 II 1.0% ⑤	特定処遇改善加算 ⑥	加算 1.1% ⑦	介護職員等 支援 ⑧	(1)小計 ①~⑧	食費 ⑨	(1)割合負担 ①~⑨	(2)小計 ①~⑩	(2)割合負担 ①~⑩	(3)小計 ①~⑪
1	368	40	6	24	4	5	447	700	1,147	894	1,594	1,341	2,041	
2	421			28	5	5	505		1,205	1,010	1,710	1,515	2,215	
3	477			31	5	6	565		1,265	1,130	1,830	1,695	2,395	
4	530			34	6	6	622		1,322	1,244	1,944	1,866	2,566	
5	585			37	6	7	681		1,381	1,362	2,062	2,043	2,743	

<5時間以上6時間未満>

要介護度	1日当たりの自己負担額 (単位:円)													
	通所介護 I ①	入浴介助加算 I ②	サービス提供体制加算 III ③	処遇改善加算 I 5.9% ④	算 II 1.0% ⑤	特定処遇改善加算 ⑥	加算 1.1% ⑦	介護職員等 支援 ⑧	(1)小計 ①~⑧	食費 ⑨	(1)割合負担 ①~⑨	(2)小計 ①~⑩	(2)割合負担 ①~⑩	(3)小計 ①~⑪
1	567	40	6	36	6	7	662	700	1,362	1,324	2,024	1,986	2,686	
2	670			42	7	8	773		1,473	1,546	2,246	2,319	3,019	
3	773			48	8	9	884		1,584	1,768	2,468	2,652	3,352	
4	876			54	9	10	995		1,695	1,990	2,690	2,985	3,685	
5	979			60	10	11	1,106		1,806	2,212	2,912	3,318	4,018	

<6時間以上7時間未満>

要介護度	1日当たりの自己負担額 (単位:円)													
	通所介護 I ①	入浴介助加算 I ②	サービス提供体制加算 III ③	処遇改善加算 I 5.9% ④	算 II 1.0% ⑤	特定処遇改善加算 ⑥	加算 1.1% ⑦	介護職員等 支援 ⑧	(1)小計 ①~⑧	食費 ⑨	(1)割合負担 ①~⑨	(2)小計 ①~⑩	(2)割合負担 ①~⑩	(3)小計 ①~⑪
1	581	40	6	37	6	7	677	700	1,377	1,354	2,054	2,031	2,731	
2	686			43	7	8	790		1,490	1,580	2,280	2,370	3,070	
3	792			49	8	9	904		1,604	1,808	2,508	2,712	3,412	
4	897			56	9	10	1,018		1,718	2,036	2,736	3,054	3,754	
5	1,003			62	10	12	1,133		1,833	2,266	2,966	3,399	4,099	

<7時間以上8時間未満>

要介護度	1日当たりの自己負担額 (単位:円)												
	通所介護 I ①	入浴介助加算 I ②	サービス提供体制加算 III ③	5.9% ④	1.0% ⑤	特定処遇改善加算 II ⑥	介護職員等ベースアップ等支援加算 ⑦	(1割小計負担) ①~⑥	食費 ⑦	(1割合計負担) ①~⑦	(2割小計負担) ①~⑦	(2割合計負担) ①~⑦	(3割小計負担) ①~⑦
1	655	40	6	41	7	8	757	700	1,457	1,514	2,214	2,271	2,971
2	773			48	8	9	884		1,584	1,768	2,468	2,652	3,352
3	896			56	9	10	1,017		1,717	2,034	2,734	3,051	3,751
4	1,018			63	11	12	1,150		1,850	2,300	3,000	3,450	4,150
5	1,142			70	12	13	1,283		1,983	2,566	3,266	3,849	4,549

※①から⑥の利用者負担金は原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額となります。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額を負担いただきます。

(2)その他の費用

おむつ代	おむつ等は持参していただきます。 当施設のおむつ等を使用した場合は、実費負担となります。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（創作活動費など）について、費用の実費をいただきます。</li> <li>処遇改善加算 I ④、特定処遇改善加算 II ⑤及び介護職員等ベースアップ等支援加算⑥は、小数点以下四捨五入計算する為、実際の請求金額に数円の差が生じる場合があります。</li> </ul>