

介護予防・日常生活支援総合事業（松本市）

【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（令和6年6月1日改正）

1. 基本料金

＜ 第1号通所事業(通所介護相当サービス) ＞ 基本部分, 加算の合計の額となります

サービス名称	サービスの内容	対象	1月あたりの自己負担額(単位:円)				
			基本利用料 ①	介護職員等処遇改善加算Ⅱ (①×90%) ②	(1割合計負担) ①②	(2割合計負担) ()	(3割合計負担) ()
独自サービス 通所型	週1回程度の利用	事業対象者 要支援1	1,824	165	1,989	3,976	5,963
	週2回程度の利用	事業対象者 要支援2	3,672	331	4,003	8,005	12,007

2. その他の加算(該当者のみ) ※利用者の状態及び事業者のサービス体制に応じて算定されます。

項目	負担割合	自己負担額(月額)	自己負担額(日額)	算定要件
口腔機能向上加算Ⅰ	1割	—	(1回)153円	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者の口腔機能向上を目的とする口腔機能向上サービスを実施する場合に、月1回まで加算されます。
	2割	—	(1回)305円	
	3割	—	(1回)457円	
送迎減算(方道)	1割	—	-48円	送迎を行わない場合に減算されます。
	2割	—	-96円	
	3割	—	-143円	

3. 介護給付対象サービスの利用料金について

- ①1. の表①は、厚生労働省令の規定に基づき市町村が定める基準によるものとします。なお、月の途中で利用開始の契約を締結した場合及び月の途中で契約を解除した場合は、日割り計算となります。
- ②介護職員等処遇改善加算Ⅱ（1. の表②）は、算定する加算の内容により実際の請求金額が変更になります。

- ③1. の表及び2. その他の加算の利用者負担額は、負担割合証に記載された負担割合で負担いただきます。なお、実際の請求金額については、端数計算により数円の差が生じる場合があります。
- ④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は、超えた額の全額を負担いただきます。

4. その他の費用

食費	食事の提供をする場合、1食につき700円の食費をいただきます。
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	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。