

料金表及び1ヶ月のご利用料(目安)

令和6年6月1日

地域単価は10.72円(横浜市2級地)

通所介護相当サービス費		単位数	負担額 (1割)円	負担額 (2割)円	負担額 (3割)円	説明等
基本額 ①	要支援1・要支援2(週1回)	1,798	1,928	3,855	5,783	【1月につき】
	要支援2(週2回)	3,621	3,882	7,764	11,646	
加算額 ②	サービス提供体制強化加算Ⅱ					【1月につき】介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上配置されている場合に加算されます
	要支援1・要支援2(週1回)	72	78	155	232	
	要支援2(週2回)	144	155	309	463	
③	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	6	11	16	【6月に1回を限度】口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当介護支援専門員に提供した場合加算されます
	口腔機能向上加算Ⅱ	160	172	343	515	【1月につき】口腔機能改善の為に計画書を策定し、これに基づきサービスの提供・評価を行った場合に加算されます
	科学的介護推進体制加算	40	43	86	129	【1月につき】身体状況等の情報を厚生労働省に提出し情報を活用した場合に加算されます

④	介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	【1月につき】介護報酬総単位数(基本額+各種加算減算) ×9.2%[1単位未満の端数四捨五入]
---	--------------------	--

その他の費用 ⑤

昼食代	900円(おやつ・飲み物代100円含む)	一食につき
おむつ代	おむつ100円 バット50円	使用した場合
特別な行事に係る経費	実費	
送迎	片道分1kmごとに35円	通常事業の実施地域を越えた所から

基本額①	+	加算額②	+	加算額③	=	Ⓐ

④	Ⓐ×9.2%	⑤×月回数	1ヶ月 ご利用料 (目安)	Ⓐ+④+⑤

上記変更内容の説明を行いました。 上記の変更内容に関して説明を受け、内容に同意いたします。

令和 年 月 日
 説明者氏名 _____ ご利用者(ご家族)同意欄 氏名 _____ (続柄 _____)



いきいきデイサービス

事業所番号 1473501391

TEL 045-898-2080 FAX 045-898-2082