

料金表

＜総合事業＞

要介護度	単位数 (1ヶ月)	運動器機能 向上加算	口腔機 能向上 加算Ⅱ	事業所 評価加算	科学的介護 推進体制 加算	介護職員処 遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の 合計単位	利用者負担 (1割負担)
要支援 1	1,672	225	160	120	40	130	2,330	2,559 円
要支援 2(1回)	1,672	225	160	120	40	130	2,329	2,559 円
要支援 2(2回)	3,428	225	160	120	40	232	4,170	4,586 円

＜地域密着型通所介護＞()内は土日

要介護度	単位数(1日)	個別機能訓練 加算Ⅰロ(Ⅰイ)	介護職員処 遇改善加算Ⅰ	1日の 合計単位	利用者負担 (1割負担)	備考
要介護 1	415	85(56)	30(28)	530(499)	578 円(544 円)	
要介護 2	476	85(56)	33(31)	594(563)	647 円(614 円)	
要介護 3	538	85(56)	37(35)	660(629)	719 円(686 円)	
要介護 4	598	85(56)	40(39)	723(693)	788 円(755 円)	
要介護 5	661	85(56)	44(42)	790(759)	861 円(827 円)	
個別機能訓練加算Ⅱ		20			22 円	1ヶ月につき
口腔機能向上加算Ⅱ		320(月 2 回)、160(月 1 回)			349 円、174 円	1ヶ月につき
科学的介護推進体制加算		40			44 円	1ヶ月につき

*各店舗により加算算定が異なりますので、詳しくは各店舗までお問い合わせ願います。

(上記の利用者負担の金額は目安となりますので、実額と若干の差がある場合もございます。ご了承のほどお願い申し上げます。2割負担および3割負担のご利用者様は1割負担の方の約2倍および約3倍となります。)

○その他の料金

利用時間延長 原則として延長はお受け致しません特別な場合はご相談ください。

通常の事業の実施地域を超える場合は、下記の交通費を頂きます。

交通費…片道1kmにつき100円(税別)

*利用者が支払う基本利用料は厚生労働大臣が定める介護保険給付告示額の1割(または2割、もしくは3割)とします。

*基本料金の計算方法はサービス利用の合計単位数に地域区分1級地の10.90を掛け合計金額とし、その1割(または2割、もしくは3割)を利用者負担とします。自費のご利用は10割自己負担となります。

*機能訓練指導員(理学療法士・作業療法士または柔道整復師等)を配置いたします。

○キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料をいただきます。

- ① ご利用の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 無料
- ② ご利用の前日午後5時以降にご連絡いただいた場合 500円(税別)

※ただし体調急変の場合はこの限りではございません。

○健康上の理由により中止

①利用者の安全を第一に考え、ご利用をお断りする場合があります。

○サービスの振替

- ・サービスを中止した場合、同じ月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。
- ・定員数分の予約が入っている日には振り替え出来ませんのでご了承ください。