

金沢市地域密着型通所介護

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1790100737】

21.04.01

金沢市地域密着型通所介護費

【規模区分】 地域密着型通所介護費		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	1日につき	415単位	4,208円	420円	841円	1,262円
要介護2	1日につき	476単位	4,826円	483円	966円	1,448円
要介護3	1日につき	538単位	5,455円	546円	1,091円	1,637円
要介護4	1日につき	598単位	6,063円	607円	1,213円	1,819円
要介護5	1日につき	661単位	6,702円	671円	1,341円	2,011円

【その他加算・減算】

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算(I)口	1日につき	85単位	861円	87円	173円	259円
個別機能訓練加算(II)	1月につき	20単位	202円	21円	41円	61円
口腔機能向上加算(II)	1月につき2回まで	160単位	1,622円	163円	325円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	6月につき	20単位	202円	21円	41円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	6月につき	5単位	50円	5円	10円	15円
ADL維持等加算(I)	1月につき	30単位	304円	31円	61円	92円
ADL維持等加算(II)	1月につき	60単位	608円	61円	122円	183円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	405円	41円	81円	122円
サービス提供体制強化加算 I	1日につき	22単位	223円	23円	45円	67円
介護職員処遇改善加算 I	1月につき	総単位数の5.9%	左の単位数に 10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
介護職員等特定処遇改善加算 I	1月につき	総単位数の1.2%	左の単位数に 10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
送迎を行わない場合	片道につき	▲47単位	▲476円	▲48円	▲96円	▲143円

**介護予防型通所サービス・基準緩和型通所サービス
重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1770105862】**

金沢市介護予防型通所サービス費

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要支援1、事業対象者	1月につき	1,672単位	16,781円	1,696円	3,391円	5,087円
要支援2、事業対象者	1月につき	3,428単位	34,759円	3,476円	6,952円	10,428円

【その他加算・減算】

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
運動器機能向上加算	1月につき	225単位	2,281円	229円	457円	685円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき	160単位	1,622円	163円	325円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月につき	20単位	202円	21円	41円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月につき	5単位	50円	5円	10円	15円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月につき	480単位	4867円	487円	974円	1,461円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	405円	41円	81円	122円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1月につき	88/176単位	892/1,784円	90/179円	179/357円	268/536円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	総単位数の5.9%	左の単位数に10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1月につき	総単位数の1.0%	左の単位数に10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割

金沢市基準緩和型通所サービス費

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1(週1回程度)	1月につき	1,338単位	13,567円	1,357円	2,714円	4,071円
事業対象者・要支援2(週2回程度)	1月につき	2,742単位	27,803円	2,781円	5,561円	8,341円

【その他加算・減算】

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
運動器機能向上加算	1月につき	225単位	2,281円	229円	457円	685円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき	160単位	1,622円	163円	325円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月につき	20単位	202円	21円	41円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月につき	5単位	50円	5円	10円	15円
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1月につき	480単位	4867円	487円	974円	1,461円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	405円	41円	81円	122円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	総単位数の5.9%	左の単位数に10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1月につき	総単位数の1.0%	左の単位数に10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

その他日常生活費	実費
----------	----