

金沢市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:1770107504】

25.02.01～

金沢市基準緩和型通所サービス費

※「金沢市=7級地:1単位=10.14円」
法定代理受領の場合は下記金額の1割または2割または3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(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	1,438単位	14,581円	1,459円	2,917円	4,375円
事業対象者・要支援2(週2回程度)	1月につき	2,897単位	29,375円	2,938円	5,875円	8,813円

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
事業対象者・要支援1(週1回程度)	1月につき	1,798単位	18,231円	1,824円	3,647円	5,470円
事業対象者・要支援2(週2回程度)	1月につき	3,621単位	36,716円	3,672円	7,344円	11,015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
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
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
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月につき	総単位数の 9.0%	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
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

【介護保険給付対象外サービスの利用】

その他、指定通所介護等において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用	実費
アクティビティ・サービス等に係る費用	

通所介護

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1770107504】

25.02.01～

通所介護費

※「金沢市=7級地:1単位=10.14円」
法定代理受領の場合は下記金額の1割または2割または3割。

【規模区分】 通常規模型通所介護費		(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	370単位	3,751円	376円	751円	1,126円
要介護2	1日につき	423単位	4,289円	429円	858円	1,287円
要介護3	1日につき	479単位	4,857円	486円	972円	1,458円
要介護4	1日につき	533単位	5,404円	541円	1,081円	1,622円
要介護5	1日につき	588単位	5,962円	597円	1,193円	1,789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)イ	1日につき	56単位	567円	57円	114円	171円
個別機能訓練加算(I)ロ	1日につき	76単位	770円	77円	154円	231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
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
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
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Ⅱ	1月につき	総単位数の 9.0%	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
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

野々市市通所介護相当サービス（現行相当）・自立支援通所サービス（緩和した基準によるサービス）

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号：1770107504】

25.02.01～

通所介護相当サービス（現行相当）

※「野々市市=その他:1単位=10円」
法定代理受領の場合は下記金額の1割または2割または3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(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	1 回につき	436単位	4,360円	436円	872円	1,308円	※月 4 回まで
	月額	1,798単位	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円	
事業対象者・要支援 2	1 回につき	447単位	4,470円	447円	894円	1,341円	※月 8 回まで
	月額	3,621単位	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円	

※月4回まで

※月8回まで

自立支援通所サービス（緩和した基準によるサービス）

		(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	1 回につき	348単位	3,480円	348円	696円	1,044円	※月 4 回まで
	月額	1,438単位	14,380円	1,438円	2,876円	4,314円	
事業対象者・要支援 2	1 回につき	357単位	3,570円	357円	714円	1,071円	※月 8 回まで
	月額	2,896単位	28,960円	2,896円	5,792円	8,688円	

※月4回まで

※月8回まで

【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
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき	160単位	1,600円	160円	320円	480円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月につき	20単位	200円	20円	40円	60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
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	400円	40円	80円	120円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月につき	総単位数の 9.0%	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
送迎を行わない場合	片道につき	▲47単位	▲470円	▲47円	▲94円	▲141円

※サービス提供体制強化加算Ⅰは、通所介護相当サービス（現行相当）のみ算定します。

【介護保険給付対象外サービスの利用】

その他日常生活費	実費
----------	----