

通所介護

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1671601050】

26.06.01～

通所介護費

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。)

【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	3,700円	370円	740円	1,110円
要介護2	1日につき	423単位	4,230円	423円	846円	1,269円
要介護3	1日につき	479単位	4,790円	479円	958円	1,437円
要介護4	1日につき	533単位	5,330円	533円	1,066円	1,599円
要介護5	1日につき	588単位	5,880円	588円	1,176円	1,764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	560円	56円	112円	168円
個別機能訓練加算(I)ロ	1日につき	76単位	760円	76円	152円	228円
個別機能訓練加算(II)	1月につき	20単位	200円	20円	40円	60円
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月につき	30単位	300円	30円	60円	90円
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月につき	60単位	600円	60円	120円	180円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき2回まで	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 11.8%	左の単位数に 10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

中新川郡介護予防相当通所型サービス(介護予防通所介護相当)

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1671601050】
 26.06.01

介護予防相当通所型サービス
 (介護予防通所介護相当)

※「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。)

通所型サービス費		(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	月額	1,798単位	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
	1回につき ※月4回まで	436単位	4,360円	436円	872円	1,308円
事業対象者・要支援2	月額	3,621単位	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円
	1回につき ※月5～8回まで	447単位	4,470円	447円	894円	1,341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
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
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき	200単位	2,000円	200円	400円	600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
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月につき	総単位数の 11.8%	左の単位数に10 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

【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
----------	----

富山市介護予防通所介護サービス

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1671601050】

26.06.01

富山市介護予防通所介護サービス費

※「富山市=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。)

通所型サービス費		(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
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
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき	200単位	2,028円	203円	406円	609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 11.8%	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
---	----