

## 利用料金表 抜粋版

### 北見市北光デイサービスセンター

令和元年10月1日現在

#### 1 サービス利用料金

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度及び介護保険負担割合証に記載されている負担割合をご負担いただきます。

##### (1) 要介護1～5の方

###### ○通常規模型通所介護費

要介護度	一日あたりの 利用料金	一日あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	5,750円	575円	1,150円	1,725円
要介護2	6,790円	679円	1,358円	2,037円
要介護3	7,840円	784円	1,568円	2,352円
要介護4	8,880円	888円	1,776円	2,664円
要介護5	9,930円	993円	1,986円	2,979円

###### ○通所介護費に係る加算

注	加算項目	一日あたりの 利用料金	一日あたりの自己負担額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
1	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	60円	6円	12円	18円
2	若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	120円	180円
3	入浴介助加算	500円	50円	100円	150円
4	個別機能訓練加算(Ⅱ)	560円	56円	112円	168円
5	口腔機能向上加算	1,500円	150円	300円	450円
6	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本料金と各種加算の合計額の5.9%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			
7	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	基本料金と各種加算の合計額の1.0%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。			

## (2) 事業対象者の方・要支援1・2の方

### ○通所介護相当サービス

対象者	利用回数	単位	自己負担額		
			負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
事業対象者 要支援1	月3回まで	回数	380円	760円	1,140円
	上記回数を超える場合	月額	1,655円	3,310円	4,965円
	日割り要件に該当する場合	日割	54円	108円	162円
要支援2	月7回まで	回数	391円	782円	1,173円
	上記回数を超える場合	月額	3,393円	6,786円	10,179円
	日割り要件に該当する場合	日割	112円	224円	336円

### ○通所介護相当サービス費に係る加算

注	加算項目	1ヶ月あたりの 利用料金		1ヶ月あたりの自己負担額		
				負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
1	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	240円	24円	48円	72円
		要支援2	480円	48円	96円	144円
2	若年性認知症利用者受入加算	2,400円		240円	480円	720円
5	口腔機能向上加算	1,500円		150円	300円	450円
6	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	基本料金と各種加算の合計額の5.9%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。				
7	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	基本料金と各種加算の合計額の1.0%に相当する額の1割又は2割又は3割をお支払い頂きます。				
8	運動器機能向上加算	2,250円		225円	450円	675円
9	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	4,800円		480円	960円	1,440円

## 2 介護保険の給付対象とならないサービス

(1) 食費 食材料費及び調理費用 一食 600円

※ 食事をお召し上がりにならなかった場合でも食費を頂くこともございます。

(2) おむつ代 実費

(3) レクリエーション等教材費 実費

(4) その他

当事業所で提供される通所介護サービスのうち、日常生活において通常個別に必要なものの実費については、利用者にご負担いただきます。