

てまりデイサービスセンター 御利用料金表

基本料金 I

<通常規模型通所介護費>

	介護度	1割負担	2割負担	3割負担
3 ～ 4 時間	要介護1	368円	736円	1104円
	要介護2	421円	842円	1263円
	要介護3	477円	954円	1431円
	要介護4	530円	1060円	1590円
	要介護5	585円	1170円	1755円
4 ～ 5 時間	要介護1	386円	772円	1158円
	要介護2	442円	884円	1326円
	要介護3	500円	1000円	1500円
	要介護4	557円	1114円	1671円
	要介護5	614円	1228円	1842円
5 ～ 6 時間	要介護1	567円	1134円	1701円
	要介護2	670円	1340円	2010円
	要介護3	773円	1546円	2319円
	要介護4	876円	1752円	2628円
	要介護5	979円	1958円	2937円
6 ～ 7 時間	要介護1	581円	1162円	1743円
	要介護2	686円	1372円	2058円
	要介護3	792円	1584円	2376円
	要介護4	897円	1794円	2691円
	要介護5	1003円	2006円	3009円
7 ～ 8 時間	要介護1	655円	1310円	1965円
	要介護2	773円	1546円	2319円
	要介護3	896円	1792円	2688円
	要介護4	1018円	2036円	3054円
	要介護5	1142円	2284円	3426円

加算料金

項 目	1割負担	2割負担	3割負担
1)入浴介助加算(Ⅰ)※1	40円	80円	120円
2)個別機能訓練加算(Ⅰ)イ ※1	56円	112円	168円
3)個別機能訓練加算Ⅱ ※2	20円	40円	60円
4)口腔機能向上加算 ※3	150円	300円	450円
5)中重度者ケア体制加算 ※4	45円	90円	135円
6)サービス提供体制強化加算Ⅱ ※4	18円	36円	54円
7)科学的介護推進体制加算 ※2	40円	80円	120円
8)ADL維持等加算(Ⅰ) ※2	30円	60円	90円
8)ADL維持等加算(Ⅱ) ※2	60円	120円	180円
9)送迎を行わない場合	片道 -47円	片道 -94円	片道 -141円
10)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×5.9%		
11)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×1.2%		
12)介護職員等ベースアップ等支援加算	(基本料金+加算料金)×1.1%		

※1 入浴/リハビリをした日に加算

※2 月1回加算

※3 月2回まで加算

※4 1回の利用ごとに加算

保険対象外費用

費 用	料 金
昼食・おやつ費及び提供費	690円
(おやつ代)	(60円)
提供時間外利用費	1時間 200円

てまりデイサービスセンター 御利用料金表
 〈介護予防通所介護 予防給付費〉

基本料金	介護度	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防通所介護費 (1月につき)	事業対象者 要支援1	1672円	3344円	5016円
※送迎費、入浴費を含む	要支援2	3428円	6856円	10284円

加算料金

項目	1割負担	2割負担	3割負担
1) 口腔機能向上加算	150円	300円	450円
2) 運動器機能向上加算	225円	450円	675円
3) サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援1	72円	144円	216円
サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援2	144円	288円	432円
4) 事業所評価加算	120円	240円	360円
5) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480円	960円	1440円
6) 科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円
7) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×5.9%		
8) 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×1.2%		
9) 介護職員等ベースアップ等支援加算	(基本料金+加算料金)×1.1%		

※上記いずれも1月につき加算。又、4)は対象年度、5)は対象者とする。

介護保険外料金

昼食材・おやつ料費及び提供費(おやつのみ提供は60円)	690円
-----------------------------	------

上記の通りサービス提供料金に関する契約を締結します。上記契約を証明する為に、本契約書を2通作成し、利用者及び事業所の双方が記名・捺印の上、それぞれ1通ずつ保管します。

令和 年 月 日 事業者所在地 新潟県長岡市平1丁目3番60号
 事業所名 てまりデイサービスセンター
 代表者・氏名 管理者 笠井 菜美子 印
 説明者職・氏名 印

(利用者) ご住所 _____

ご氏名 _____ (印)

(身元引受人) ご住所 _____

ご氏名 _____ (印)

てまりグループホーム 利用料金表					
	1日についての金額		1ヶ月を30日とした場合		
	介護保険 (1割負担)	保険外	介護保険1割 + ①+②+③	保険外	1ヶ月合計
各介護度	基本単価	実費	合計	実費	合計
要支援 2	748 円	3,500 円	24,220 円	105,000 円	129,220 円
要介護 1	752 円	3,500 円	24,340 円	105,000 円	129,340 円
要介護 2	787 円	3,500 円	25,390 円	105,000 円	130,390 円
要介護 3	811 円	3,500 円	26,110 円	105,000 円	131,110 円
要介護 4	827 円	3,500 円	26,590 円	105,000 円	131,590 円
要介護 5	844 円	3,500 円	27,100 円	105,000 円	132,100 円
① 医療連携体制加算	39 円		1,170 円		
② サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円		540 円		
③ 栄養管理体制加算			30 円	1月につき	
④ 科学的介護推進体制加算			40 円	1月につき	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 円		90 円		対象者のみ
口腔・栄養スクリーニング加算	20 円	※(6月につき1回を限度)			
入院時費用	246 円	※(1月につき6日を限度)			
退去時相談援助加算	400 円	※(1人につき1回を限定)			
初期加算	30 円	※(入居日から30日のみ)			

看取り介護加算	1日につき
死亡日以前31日以上45日以下	72 円
死亡日以前4日以上30日以下	144 円
死亡日の前日及び前々日	680 円
死亡日	1,280 円

※ 看取り加算は、ご家族と同意書を交わした後に発生する加算です。
死亡後(退去後)に請求させていただきます。

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(各介護度別基本単価サービス費+その他の加算)×11.1%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(各介護度別基本単価サービス費+その他の加算)×3.1%
介護職員等ベースアップ等支援加算	(各介護度別基本単価サービス費+その他の加算)×2.3%

保険外の実費	1日につき
・食材費 (食事・おやつ・嗜好品代等を含む)	1,650 円
・水道 光熱費	650 円
・住居費	1,200 円

その他の実費	
・家族会費(1月につき)	1,000 円
・敷金(入居時のみ)	100,000 円

※以下について必要の生じた場合に、別途徴収させていただきます。

- ・排泄にかかわる費用 (紙おむつ代等)
- ・理美容代金
- ・医療費
- ・希望によるリース寝具代 …… 1日 120円
- ・身の回り品、日用品 (歯ブラシ・化粧品・シャンプー 等)
- ・レクリエーション代 等