

■介護保険給付対象サービスの利用料

単位:円

	1割負担						2割負担						3割負担						計算単位						
	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満							
デイサービス																									
要介護1	444	465	700	722	801	833	887	929	1,399	1,444	1,602	1,666	1,330	1,394	2,099	2,166	2,403	2,499	1日						
要介護2	509	533	826	853	948	985	1,017	1,066	1,651	1,705	1,895	1,970	1,525	1,599	2,477	2,557	2,842	2,954	1日						
要介護3	575	603	954	985	1,098	1,141	1,149	1,205	1,908	1,970	2,196	2,282	1,724	1,807	2,862	2,954	3,294	3,422	1日						
要介護4	639	670	1,079	1,116	1,248	1,299	1,278	1,340	2,158	2,232	2,495	2,598	1,916	2,009	3,236	3,348	3,743	3,896	1日						
要介護5	706	741	1,207	1,248	1,397	1,453	1,412	1,481	2,414	2,495	2,794	2,905	2,118	2,221	3,621	3,743	4,191	4,358	1日						
入浴介助加算Ⅱ	59						118						177						1日						
処遇改善加算Ⅰ	1月あたり利用料×5.9% ※区分支給限度基準額には含まれません。																		1月						
特定処遇改善加算Ⅱ	1月あたり利用料×1.0% ※区分支給限度基準額には含まれません。																		1月						
時間延長サービス(加算)	9時間以上10時間未満						54						107						161						
	10時間以上11時間未満						107						214						321						
	11時間以上12時間未満						161						321						481						
	12時間以上13時間未満						214						428						641						
	13時間以上14時間未満						267						534						801						
	※9時間以上14時間未満の部分のみ適用されますので、9時間未満の部分及び14時間以上の部分は、自費が適用されます(534円)。																								
加算・減算	サービス提供体制強化加算Ⅱ						20						39						58						1日
	同一建物減算						-101						-201						-301						1日
	送迎減算						-51						-101						-151						片道
	中重度者ケア体制加算																								
	個別機能訓練加算																								
	ADL維持等加算																								
	科学的介護推進体制加算																								
	生活機能向上連携加算																								
	認知症加算																								
	若年性認知症受入加算																								
栄養アセスメント加算																									
栄養改善加算																									
口腔・栄養スクリーニング加算																									
口腔機能向上加算																									
個別送迎体制強化加算																									
入浴介助体制強化加算																									
キャンセル料	636円(税別)																								

■介護保険給付対象外サービスの利用料

食費(昼食代)	1食 700円
おやつ代	無料
おむつ・リハビリパンツ・パッド代	1枚 150円(税別)
通常実施地域を越える交通費	通常の実施地域を越えたところから、1Kmにつき20円
その他日常生活費	・個別の希望によるレクリエーション材料費等の実費 ・利用者の希望による記録の複写にかかる実費