

## 料 金 表

## 1. 介護保険給付サービス

## (1) 通所介護サービスご利用料金表(1日当たり)

【当事業所の基本サービス提供時間区分 7時間以上 8時間未満】

| 要介護状態区分       | 要介護<br>1 | 要介護<br>2 | 要介護<br>3 | 要介護<br>4 | 要介護<br>5 |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 通常規模型通所介護費    | 645 単位   | 761 単位   | 883 単位   | 1,003 単位 | 1,124 単位 |
| サービス利用料金※1    | 6,540 円  | 7,716 円  | 8,953 円  | 10,170 円 | 11,397 円 |
| 自己負担額 (2割) ※2 | 1,308 円  | 1,544 円  | 1,791 円  | 2,034 円  | 2,280 円  |
| 自己負担額 (1割) ※3 | 654 円    | 772 円    | 896 円    | 1,017 円  | 1,140 円  |

## (2) その他の加算

| 各種加算             | 単位数                                 | サービス<br>利用料金※1 | 自己負担額<br>(2割) ※2 | 自己負担額<br>(1割) ※3 |
|------------------|-------------------------------------|----------------|------------------|------------------|
| 口腔機能向上加算 (月2回まで) | 150 単位/回                            | 1,521 円        | 305 円            | 153 円            |
| 入浴介助加算           | 50 単位/日                             | 507 円          | 102 円            | 51 円             |
| 送迎を行わない場合 (片道)   | -47 単位/回                            | -476 円         | -96 円            | -48 円            |
| ADL 維持等加算 (II)   | 6 単位/月                              | 60 円           | 12 円             | 6 円              |
| 栄養スクリーニング加算      | 5 単位/月                              | 50 円           | 10 円             | 5 円              |
| 介護職員処遇改善加算 (II)  | 通常規模型通所介護費と各種加算の合計総単位数に 4.3%を乗じた単位数 |                |                  |                  |

※1 サービス利用料金 (1円未満切捨て) = 単位数×10.14 円

※2 介護保険給付費額 (1円未満切捨て) = サービス利用料金×80%

自己負担額 = サービス利用料金－介護保険給付費額

※3 介護保険給付費額 (1円未満切捨て) = サービス利用料金×90%

自己負担額 = サービス利用料金－介護保険給付費額

※ 介護報酬 1 単位当たりの単価：10.14 円 (栃木市の地域区分：7 級地)

※ (1)、(2) の自己負担額は概算であり、実際の自己負担額は一ヶ月の介護保険給付サービス利用合計単位数で計算されます。

※ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

## 2. 介護保険の給付対象とならないサービス（全額自己負担）（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

(1) 食事の提供に要する費用

料金：1回あたり 600円（おやつ代を含む）

(2) 通常の事業実施区域外への送迎

事業所から片道概ね5キロメートル未満 500円

事業所から片道概ね5キロメートル以上 以後1kmます毎に30円増

(3) レクリエーション、クラブ活動

利用料金：材料代等の実費

(4) 複写物の交付実費をいただきます。

1枚につき 10円

(5) 日常生活上必要となる諸費用実費

オムツ代 紙オムツ 1枚 150円

尿取りパット 1枚 50円