

利 用 料 金 表

介護予防通所介護（1ヶ月毎のご利用料金となります。）

内 容		利用者負担 (1割)	確認	利用者負担 (2割)	確認
介 護 費	要支援1 事業対象者	1,650円/月		3,300円/月	
	要支援2	3,393円/月		6,786円/月	
各 種 加 算		利用者負担 (1割)		利用者負担 (2割)	
サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）	要支援1 事業対象者	72円/月		144円/月	
	要支援2	144円/月		288円/月	
運動器機能向上加算		225円/月		450円/月	
口腔機能向上加算		150円/月		300円/月	
生活機能向上グループ活動加算		100円/月		200円/月	
若年性認知症利用者受入加算		240円/月		480円/月	
事業所評価加算		120円/月		240円/月	
介護職員処遇改善加算Ⅰ		(※1)		(※1)	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		(※2)		(※2)	
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	要支援1 事業対象者	▲376円/月		▲752円/月	
	要支援2	▲752円/月		▲1,504円/月	
介護保険適用外 (全額を利用者が 担)	食事（調理 食材費 おやつ代含む） ※当日キャンセルの場合は食費を徴収します				650円/回

※1 1か月分利用料金（基本部分+各種加算）の5.9%

※2 各所定の要件を満たし算定した単位数の1.2%

その他の費用

昼食費 (おやつ代含む)	昼食の提供を受けた場合、1回につき650円の食費をいただきます。 ※体調不良等の理由を問わず、当日に利用をキャンセルされた場合は食費相当額を徴収いたします。					
料金	2,600円(事前の予約が必要です。)					
オムツ代	紙オムツ	M 100円/枚 L 120円/枚	リハビリパンツ	M 100円/枚 L 110円/枚	パッド	20円/枚
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。					