

ご利用料金表

デイサービスセンタ佐々木整形外科クリニック

[要介護認定の方]

地域密着型通所介護の基本利用料

所要時間 (1回あたり)	介護認定度	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(1回) (1割負担の場合) ※(注2)参照
5時間以上 6時間未満	要介護1	6,844円	685円
	要介護2	8,077円	808円
	要介護3	9,331円	934円
	要介護4	10,554円	1,056円
	要介護5	11,808円	1,181円
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,837円	784円
	要介護2	9,269円	927円
	要介護3	10,742円	1,075円
	要介護4	12,205円	1,221円
	要介護5	13,668円	1,367円

※(注1)

基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※(注2)

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

地域密着型通所介護の加算項目

加算の種類	加算の要件	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (1割負担の場合) ※(注2)参照
地域通所介護 入浴介助加算 I	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	418円	42円
入浴介助加算 II	利用者の入浴介助を行った場合 (1日につき)	522円	53円
地域通所介護 個別機能訓練加算 I イ	当該加算の体制・人材要件を満たし、 利用者へ機能訓練を行った場合 (1日につき)	585円	59円
地域通所介護 処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の5.9%	左記額の1割
地域通所介護 特定処遇改善加算 II	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) の1.0%	左記額の1割

ご利用料金表

デイサービスセンタ佐々木整形外科クリニック

[要支援認定の方]

1日型デイサービスの基本利用料

介護認定度	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(1ヶ月) (1割負担の場合) ※(注2)参照
事業対象者・要支援1・要支援2 (週1回程度)	17,472円	1,748円/月
要支援2 (週2回程度)	35,822円	3,583円/月

1日型デイサービスの加算項目

加算の種類	加算の要件	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(1ヶ月) (1割負担の場合) ※(注2)参照
運動器機能向上加算	共通	2,351円	236円/月
通所型独自サービス 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を 満たす場合	一ヶ月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の5.9%	左記額の1割
通所型独自サービス 特定処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を 満たす場合	一ヶ月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の1.0%	左記額の1割

その他の費用(共通)

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき700円の食費（おやつ代・飲み物・豆乳代込）をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けられた場合、1枚につき100円の実費をいただきます。
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、趣味活動への参加により個別に発生した材料費など）について、費用の実費をいただきます。口座引き落としご利用の方は金融機関への支払手数料165円(1か月)をいただきます。初回のみ連絡袋・連絡帳代として300円いただきます。