

～**利用料金**～（詳しくは担当職員にお尋ね下さい）

○**地域密着型通所介護（認知症対応型）【要介護対象】**

1割負担の場合 ※自己負担額は介護保険負担割合証に応じた額となります。ご確認ください。

1単位＝10.17円【各単位数に10.17(7級地)を乗じた額の合計の1割が自己負担額となります】

【基本料金】 1回につき

・認知症対応型通所介護費 I ii /回	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用時間5時間以上6時間未満	769単位	852単位	934単位	1,014単位	1,097単位
利用時間6時間以上7時間未満	788単位	874単位	958単位	1,040単位	1,125単位
利用時間7時間以上8時間未満	892単位	987単位	1,084単位	1,181単位	1,276単位

※事業所の送迎を希望される場合は基本『6時間以上7時間未満』の利用時間帯となります。

【各種加算（要介護1～5共通）】

・個別機能訓練加算（I）□（II）	（I）27単位/回 （II）20単位/月
・入浴介助加算（I）	40単位/回
・口腔機能向上加算（II）	160単位（選択的サービス/月2回まで）
・サービス提供体制強化加算（II）	18単位/回
・科学的介護推進体制加算	40単位/月
・送迎減算（家族送迎）	-47単位/片道

毎月算定した総単位の%分の一部負担金をいただきます。

・中山間地域加算	5.0%/月（※1）
・介護職員処遇改善加算（I）	10.4%/月
・介護職員等特定処遇改善加算（I）	3.1%/月
・介護職員等 ^ペ - ^ス ア ^ッ 等支援加算	2.3%/月

【介護保険対象外】

・食費	700円/回（実費負担）
-----	--------------

※1. 通常の事業実施地域外からのご利用の場合所定単位数の5%分の一割負担金をいただきます。

☆ 食費は食材費と調理費並びにおやつ代を含んだものです。

☆ 排泄用品は各自でご準備ください。事業所のものを使用した場合は実費となります。

【料金例】 1割負担の場合

（要介護2） 1回あたり・・・1,391円（介護保険請求額）+700円（食費）=2,091円
月9回利用・・・2,091円×9回=18,819円

※利用時間 6 時間以上 7 時間未満、

加算は入浴介助加算と口腔機能向上加算を選択、中山間地域加算は除く