

デイサービスセンター喜寿苑 ご利用料金表

令和元年 10 月 01 日現在

予防通所介護（1ヶ月あたり）

ご利用時に③運動器機能向上を実施させていただいた計算例です。

	要支援 1	要支援 2
① 基本報酬単位数	1, 655単位	3, 393単位
② サービス提供体制強化加算Ⅱ	24単位	48単位
③ 運動器機能向上加算	225単位	
④ 介護職員処遇改善加算 = (①+②+③) × 5.9%	上記の①と②と③の合計単位×5.9%に相当する単位	
⑤ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） = (①+②+③) × 1.0%	上記の①と②と③の合計単位×1.0%に相当する単位	
合計単位数=①+②+③+④+⑤	2, 035単位	3, 919単位
自己負担額※2（1割の場合）	2, 064円	3, 974円
自己負担額※2（2割の場合）	4, 128円	7, 948円
自己負担額※2（3割の場合）	6, 192円	11, 922円

通所介護（1回あたり）

ご利用時に③1入浴と③2個別機能訓練Ⅱを実施させていただいた計算例です。

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
① 基本報酬単位数	648単位	765単位	887単位	1, 008単位	1, 130単位
② サービス提供体制強化加算Ⅱ	6単位				
③1 入浴加算	50単位				
③2 個別機能訓練加算Ⅱ	56単位				
④ 介護職員処遇改善加算 = (①+②+③1+③2) × 5.9%	上記の①と②と③1と③2の合計単位×5.9%に相当する単位				
⑤ 介護職員等特定処遇改善（Ⅱ） = (①+②+③1+③2) × 1.0%	上記の①と②と③1と③2の合計単位×1.0%に相当する単位				
合計単位数 = ①+②+③1+③2+④+⑤	812単位	937単位	1, 067単位	1, 197単位	1, 327単位
自己負担額※2（1割の場合）	823円	950円	1, 081円	1, 213円	1, 345円
自己負担額※2（2割の場合）	1, 646円	1, 900円	2, 163円	2, 427円	2, 691円
自己負担額※2（3割の場合）	2, 470円	2, 850円	3, 245円	3, 641円	4, 036円

注：送迎を実施しない場合（ご利用者様が自ら通う場合、ご家族様が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合）は減算を行います。 — 47単位/片道

※利用サービスのみ、加算料金の自己負担が必要になります。

※蒲郡市は地域区分が「7級地」であるため、「合計単位数」に10.14円を乗じた金額が料金となっています。上記は自己負担割合が1割の場合で1回あたりの目安を表示したものです。

1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

※自己負担額は各利用者様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

① 実費 食事代：560円 おやつ：100円 おむつ代：実費（必要の方）