

日常生活支援事業 通所介護相当サービス 利用料金表

事業所番号：2774008235

☆要支援の場合(通所型独自サービス1・2)

2024年6月～

|      |               |                |                |                 |                         |             |             |              |
|------|---------------|----------------|----------------|-----------------|-------------------------|-------------|-------------|--------------|
| 要支援1 | 1,798<br>単位/月 | 1割負担<br>1,895円 | 2割負担<br>3,790円 | 3割負担<br>5,685円  |                         |             |             |              |
|      |               |                |                |                 | 科学的介護推進体制加算<br>(40単位)/月 | 1割負担<br>43円 | 2割負担<br>85円 | 3割負担<br>127円 |
|      |               |                |                |                 |                         |             |             |              |
| 要支援2 | 3,621<br>単位/月 | 1割負担<br>3,817円 | 2割負担<br>7,633円 | 3割負担<br>11,450円 |                         |             |             |              |
|      |               |                |                |                 | 科学的介護推進体制加算<br>(40単位)/月 | 1割負担<br>43円 | 2割負担<br>85円 | 3割負担<br>127円 |
|      |               |                |                |                 |                         |             |             |              |

☆実費負担

|     |                     |
|-----|---------------------|
| 昼食代 | 600円                |
| おやつ | 100円                |
| その他 | リハパンM：43円 リハパンL：48円 |

|                     |      |             |
|---------------------|------|-------------|
| サービス提供体制<br>強化加算(Ⅱ) | 要支援1 | 72単位/月      |
|                     | 要支援2 | 144単位/月     |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ(6/1より) |      | (総単位数の8.0%) |

1ヶ月のご利用料金計算

|  |   |   |  |   |   |            |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|---|------------|---|---|--|---|
|  | 円 | + |  | 円 | + | 昼食(おやつ)×回数 | 円 | = |  | 円 |
|--|---|---|--|---|---|------------|---|---|--|---|

1ヶ月のご利用料金  
の目安

<留意事項>

○契約者の体調不良や状態の改善等により通所介護相当サービス通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は通所介護相当サービス通所介護計画に定めた期日も利用が多かった場合であっても、日割り計算での割引又は増額はしません。

○月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても以下に該当する場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

※詳細は重要事項説明書にてご確認をお願い致します。

上記の料金の説明を受け、同意致しました。

年 月 日

(問合せ先)

ご利用者氏名

TEL 06-6210-6587

---

ご家族様氏名

(続柄)

---

管理者 佐藤 広樹