

さっさきテルマエデイサービスセンター料金表

<介護予防・日常生活支援総合事業>

通所型サービス

(1) 1割負担の方

(単位：円)

介護度	介護報酬対象額				
	基本サービス費			加算	
	1回あたり	月額	日割り	サービス提供体制強化加算(I)イ	運動器機能向上加算
要支援1	380 (月に3回まで)	1,655 (月4回以上)	54	72	225
要支援2	391 (月に7回まで)	3,393 (月8回以上)	112	144	

*介護職員処遇改善加算I 基本サービス費+加算の5.9%

*介護職員等特定処遇改善加算I 基本サービス費+加算の1.2%

(2) 2割負担の方

(単位：円)

介護度	介護報酬対象額				
	基本サービス費			加算	
	1回あたり	月額	日割り	サービス提供体制強化加算(I)イ	運動器機能向上加算
要支援1	760 (月に3回まで)	3,310 (月4回以上)	108	144	450
要支援2	782 (月に7回まで)	6,786 (月8回以上)	224	288	

*介護職員処遇改善加算I 基本サービス費+加算の5.9%

*介護職員等特定処遇改善加算I 基本サービス費+加算の1.2%

(3) 3割負担の方

(単位：円)

介護度	介護報酬対象額				
	基本サービス費			加算	
	1回あたり	月額	日割り	サービス提供体制強化加算(I)イ	運動器機能向上加算
要支援1	1,140 (月に3回まで)	4,965 (月4回以上)	162	216	675
要支援2	1,173 (月に7回まで)	10,179 (月8回以上)	336	432	

*介護職員処遇改善加算I 基本サービス費+加算の5.9%

*介護職員等特定処遇改善加算I 基本サービス費+加算の1.2%

(4) 支給限度額を超える費用は、全額自己負担となります。

(5) その他の費用(実費相当額)

ア 食費 620円(おやつ代含む)

イ おむつ代 紙おむつ:150円、紙パンツ:150円、布おむつ:30円、尿取りパット:28円

ウ 利用者が希望し、利用者に負担していただくことが適当と認められるものに係る実費