

サンケア潮見料金表 単位：円（平成 29 年 4 月 1 日改定）

自己負担額は 1 割で計算しています。収入に応じて 2 割の場合あり

①通所介護（通常規模型）

サービス提供時間	5 時間以上 7 時間未満		7 時間以上 9 時間未満	
	通所介護費	自己負担金	通所介護費	自己負担金
要介護 1	5,720	572	6,560	656
要介護 2	6,760	676	7,750	775
要介護 3	7,800	780	8,980	898
要介護 4	8,840	884	10,210	1,021
要介護 5	9,880	988	11,440	1,144
個別機能訓練加算 I	460	46	460	46
サービス提供体制強化加算 I	180	18	180	18
入浴体制加算	500	50	500	50
認知症加算	600	60	600	60
送迎実施しない場合（片道）	470	47	470	47

②介護予防通所介護事業・介護予防型通所サービス

区分	基本利用料	自己負担金
事業対象者 要支援 1	3,780（1 回につき） （週 1 回程度のサービス利用において 1 月の利用回数が 3 回まで ）	378
	16,470（1 月につき） （週 1 回程度のサービス利用において 1 月の利用回数が 4 回以上 ）	1,647
事業対象者 要支援 2	3,890（1 回につき） （週 2 回程度のサービス利用において 1 月の利用回数が 7 回まで ）	389
	33,770（1 回につき） （週 2 回程度のサービス利用において 1 月の利用回数が 8 回以上 ）	3,377
運動器機能向上加算	2,250	225
サービス提供体制強化加算 I	要支援 1	720
	要支援 2	1,440
事業所評価加算	1,200	120

①②共通 介護職員処遇改善加算Ⅲ

当月における全体サービス料に 2.3% を乗じた金額が加算されることになっております。

③その他の費用

内 容	1回あたりの金額
食 事 代	500円
お む っ 代	100円
パットののみ	50円
行事参加費（写真代含む）	実 費

④介護保険給付限度額超過の場合

要介護度別に定められている介護保険給付額を超過するサービスの提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

【参考】

要介護状態区分	支給限度額単位
要 支 援 1	5,003
要 支 援 2	10,473
要 介 護 1	16,692
要 介 護 2	19,616
要 介 護 3	26,931
要 介 護 4	30,806
要 介 護 5	36,065