

デイサービスセンターサンケア潮見 利用料金表

単位:円 (平成27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 介護保険適用分(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
中重度者ケア体制加算	450	45	450	45
送迎実施しない場合(片道)	470	47	470	47

②介護予防通所介護 介護保険適用分

	1ヵ月あたりの利用料	自己負担金
介護予防通所介護費(要支援1)	16,470	1,647
介護予防通所介護費(要支援2)	33,770	3,377
ハ. 運動器機能向上加算	2,250	225
ニ. サービス提供体制強化加算 I	要支援1	720
	要支援2	1,440
ホ. 事業所評価加算	1,200	120

①②共通 介護職員処遇改善加算 II

当月における全体のサービス料に2.2%を乗じた金額が加算されます。

③その他の費用

内容	1回あたりの金額
食事代	500
おむつ代	100
パット代	50
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