

通所介護 利用者負担額 令和6年改正版

平田西デイサービスセンター

TEL 0853-63-7337

fax 0853-63-7338

7時間以上8時間未満（標準） 月曜日～金曜日 利用時間 9:20～16:30
利用者1割負担額 (円)

居室区分	介護度	★通所介護 介護費 基本報酬	サービス 提供体制 強化加算1	基本介護料 計(1日) ①	介護職員等 処遇改善加算 I (1日)9.2% ②	食費 (日) ③	1日 負担額 ①+②+③
通常規模型 通所介護	要介護1	658	22	680	63	700	1,443
	要介護2	777	22	799	74	700	1,573
	要介護3	900	22	922	85	700	1,707
	要介護4	1,023	22	1,045	96	700	1,841
	要介護5	1,148	22	1,170	108	700	1,978

※ 上記に加え、すべてのご利用に科学的介護推進体制加算 40/月 をご負担いただきます。

※上記以外に、個別の加算が以下の通りです。なお、以下の加算に対しても、別途、処遇改善加算 I が掛かります。

- ・ 入浴介助加算 40/日
- ・ 送迎減算 -47/片道 (送迎を施設がしない時)※往復しない場合-94

【補足】 ご利用時間が短縮になった場合、★通所介護費基本報酬が下記になります。

区分	介護度	通常型通所介護 2時間以上 3時間未満	通常型通所介護 3時間以上 4時間未満	通常型通所介護 4時間以上 5時間未満	通常型通所介護 5時間以上 6時間未満	通常型通所介護 6時間以上 7時間未満
通常規模型 通所介護	要介護1	272	370	388	570	584
	要介護2	311	423	444	673	689
	要介護3	351	179	502	777	796
	要介護4	392	533	560	880	901
	要介護5	432	588	617	984	1,008

※2時間未満のご利用はできません。

※介護保険負担割合証をご確認ください。

※一定額以上の所得のある第1号被保険者の利用者負担が1割負担以上になる場合があります。
介護保険負担割合証の割合になります。(食費は除く)

総合事業通所型介護 利用者負担額 令和6年改正版

平田西デイサービスセンター

利用者負担

利用時間 月曜日～金曜日 9:20～16:30(基本)

TEL 0853-63-7337

Fax 0853-63-7338

居室区分	介護度	利用回数	通所型介護 独自介護費 (月)	サービス提供 体制強化 加算Ⅰ	科学的介護 推進体制加算	介護職員等 処遇改善 加算Ⅰ (月)9.2%	総負担額 (月)
基本 通所型	事業 対象者	週1回程度	1,798	88	40	177	2,103
		週2回程度 ※1	3,621	176	40	353	4,190
	要支援 1	週1回程度	1,798	88	40	177	2,103
		週2回程度	ご利用できません				
	要支援 2	週1回程度	1,798	88	40	177	2,103
		週2回程度	3,621	176	40	353	4,190

※1:直前の要支援認定が要支援2であった者に限る

(注)計画で3～4時間の利用のみが計画されている方に限ります。

※5回以上、9回以上は上記、月料金になります

居室区分	介護度	利用回数	通所型介護 独自介護費 (日)	サービス提供体制 強化加算Ⅰ (月)	介護職員等 処遇改善 加算Ⅰ (月)9.2%	総負担額 (月)
4 時間 未 満	事業 対象者	月1回～4回	436	88	48～169	572 ～ 2,001
		月1回～8回 ※1	447	176	57～345	680 ～ 4,097
	要支援 1	月1回～4回	436	88	48～169	572 ～ 2,001
	要支援 2	月1回～8回	447	176	57～345	680 ～ 4,097

☆4時間未満の利用においても、すべてのご利用に科学的介護推進体制加算 40/月 をご負担いただきます。

※1:直前の要支援認定が要支援2であった者に限る

その他費用 食費 700円/1食

もくもく苑が提供するサービスとして、外出・遠足などへ参加いただいた場合にかかった実費をご負担いただきます。

※介護保険負担割合証をご確認ください。

一定額以上の所得のある第1号被保険者の利用者負担は、【介護保険利用者負担割合証】に記載の負担割合になります。(食費は除く)