

いな の 里 デイサービス 料金表

(日常生活支援総合事業第1号通所介護)

利用者 自己負担額	介 護 保 険	
事業対象者 要支援1	436円/回 (月4回まで)	1,798円 (月5回以上)
事業対象者 要支援2	447円/回 (月8回まで)	3,621円 (月9回以上)

当施設で算定している加算

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(所定単位数×9%)(小数点以下四捨五入)

地域区分7級地により、一部負担額×10.14×10%が自己負担となります。(1円未満切捨て)

例:要支援1の場合(月4回まで)

$$436 \times 9\% = 39 \text{ (介護職員等処遇改善加算)}$$

$$(436 + 39) \times 10.14 \times 10\% = 481 \text{ 円}$$

日数により、誤差が発生する場合があります。(小数点四捨五入、切捨て等があるため)

その他の加算

サービス提供体制加算(Ⅰ)(88円/月)・(Ⅱ)(72円/月)・(Ⅲ)(24円/月)

栄養アセスメント加算(50円/月)・栄養改善加算(200円/月)・口腔機能向上加算(Ⅰ)(150円/月)

口腔機能向上加算(Ⅱ)(160円/月)・生活機能向上グループ活動加算(100円/月)

若年性認知症利用者受入加算(240円/月)・選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(480円/月)

一体的サービス提供加算(480円/月)・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(20円/回)

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(5円/回)・科学的介護推進体制加算(40円/月)

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(所定単位数×9.2%)

その他の料金

食材料費(おやつ込み)	500円/食
食事提供費(調理費等)	200円/食
デイサービスセット	300円(連絡ノート・連絡袋・名札等)初回時のみ。 但し交換・紛失又は破損時にも各100円の負担となります。
髭剃り代	50円/回(T字髭剃り・電気シェーバー等)
口腔ケア代	歯ブラシセット180円/回・入歯洗浄剤30円/回
おむつ代	尿取パット100円・紙おむつ150円・紙パンツ150円
クラブ活動費及び材料費	実費負担となります。(手工芸・園芸等)
行事参加費	実費負担となります。(施設外行事交通費・入場料等)
衣服代	実費負担となります。(原則的には、各自で着替え等をご用意していただきます)
文書発行及び 手続代行手数料	1,000円/件 (各種文書発行・領収書の再発行手数料・各種手続代行手数料等)
複写物の交付	20円/枚(複写料金)
通常実施区域外への送迎	50円/km ※やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。