

1割負担

デイサービスセンターうずらはし利用料金

通常規模型 通所介護(デイサービス)

※感染症又は災害の発生を理由に前年度よりも5%の利用減少の際には、1回につき3%が所定単位数に加算されます

(単位:円)

・所要時間3時間以上4時間未満			・所要時間 4時間以上5時間未満		
区分	基準額	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
要介護1	3,680	368	要介護1	3,860	386
要介護2	4,210	421	要介護2	4,420	442
要介護3	4,770	477	要介護3	5,000	500
要介護4	5,300	530	要介護4	5,570	557
要介護5	5,850	585	要介護5	6,140	614

・所要時間5時間以上6時間未満			・所要時間 6時間以上7時間未満		
区分	基準額	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
要介護1	5,670	567	要介護1	5,810	581
要介護2	6,700	670	要介護2	6,860	686
要介護3	7,730	773	要介護3	7,920	792
要介護4	8,760	876	要介護4	8,970	897
要介護5	9,790	979	要介護5	10,030	1003

・所要時間7時間以上8時間未満			・所要時間 8時間以上9時間未満		
区分	基準額	利用者負担額	区分	基準額	利用者負担額
要介護1	6,550	655	要介護1	6,660	666
要介護2	7,730	773	要介護2	7,870	787
要介護3	8,960	896	要介護3	9,110	911
要介護4	10,180	1,018	要介護4	10,360	1,036
要介護5	11,420	1,142	要介護5	11,620	1,162

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001を算定します。

保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額に加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
入浴介助Ⅰ	400	40	栄養アセスメント	500	50/月
入浴介助Ⅱ	550	55	栄養改善加算	2,000	200/月
中重度ケア体制加算	450	45	口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	20
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	100/3月	口腔・栄養スクリーニングⅡ	50	5
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	200/月	口腔機能向上加算Ⅰ	1,500	150/月
個別機能訓練加算Ⅰイ	560	56	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	160/月
個別機能訓練加算Ⅰロ	850	85	科学的介護推進体制加算	400	40/月
個別機能訓練加算Ⅱ	200	20/月	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	22
ADL維持等加算Ⅰ	300	30/月	サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	18
ADL維持等加算Ⅱ	600	60/月	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
ADL維持等加算Ⅲ	30	3/月	特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2
認知症加算	600	60	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3
若年性認知症利用者受入加算	600	60			

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額 ※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額 ※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

その他の費用(全額自己負担)

食費	キャンセル(前日17時以降)	パッド(原則持込)	おむつ(原則持込)	時間外(通常の時間を超える場合)
694円	694円	50円/1枚	100円/1枚	600円/1時間

第1号通所事業

ひと月あたりの利用料 ※月額単位の包括利用料金となります。ただし初回利用月は契約日からの日割り計算となります。

区分	基準額	利用者負担額	その他の費用(全額自己負担)		
事業対象・要支援1	16,720	1,672	食費	パッド(原則持込)	おむつ(原則持込)
要支援2	34,280	3,428	694円/1食	50円/1枚	100円/1枚

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001を算定します。

保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額に加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
生活機能向上グループ活動加算	1,000	100	栄養アセスメント加算	500	50
運動機能向上加算	2,250	225	事業所評価加算	1,200	120
若年性認知症利用者受入加算	2,400	240	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援1)	880	88
栄養改善加算	2,000	200	サービス提供体制強化加算Ⅰ(支援2)	1,760	176
口腔機能向上加算(Ⅰ)	1,500	150	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援1)	720	72
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,600	160	サービス提供体制強化加算Ⅱ(支援2)	1,440	144
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	4,800	480	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援1)	240	24
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	7,000	700	サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援2)	480	48
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	100	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	200	20
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	200	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	50	5
介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1	科学的介護推進体制加算	400	40
特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2	特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額 ※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額 ※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

デイサービスセンターうずらはし利用料金

(単位:円)

(介護予防)認知症対応型 通所介護

※感染症又は災害の発生を理由に前年度より5%の利用減少の際には、1回につき3%が所定単位数に加算されます

・所要時間3時間以上4時間 未満			・所要時間 4時間以上5時間 未満		
区分	基準額	利用者負担額	区分	通所介護費	利用者負担額
要支援1	4,740	474	要支援1	4,960	496
要支援2	5,250	525	要支援2	5,500	550
要介護1	5,420	542	要介護1	5,680	568
要介護2	5,960	596	要介護2	6,250	625
要介護3	6,520	652	要介護3	6,830	683
要介護4	7,070	707	要介護4	7,400	740
要介護5	7,610	761	要介護5	7,970	797

・所要時間5時間以上6時間 未満			・所要時間 6時間以上7時間 未満		
区分	基準額	利用者負担額	区分	通所介護費	利用者負担額
要支援1	7,400	740	要支援1	7,590	759
要支援2	8,260	826	要支援2	8,490	849
要介護1	8,560	856	要介護1	8,780	878
要介護2	9,480	948	要介護2	9,720	972
要介護3	10,380	1,038	要介護3	10,640	1,064
要介護4	11,300	1,130	要介護4	11,590	1,159
要介護5	12,230	1,223	要介護5	12,540	1,254

・所要時間7時間以上8時間 未満			・所要時間 8時間以上9時間 未満		
区分	基準額	利用者負担額	区分	通所介護費	利用者負担額
要支援1	8,590	859	要支援1	8,860	886
要支援2	9,590	959	要支援2	9,890	989
要介護1	9,920	992	要介護1	10,240	1,024
要介護2	11,000	1,100	要介護2	11,350	1,135
要介護3	12,080	1,208	要介護3	12,460	1,246
要介護4	13,160	1,316	要介護4	13,590	1,359
要介護5	14,240	1,424	要介護5	14,690	1,469

※令和3年9月30日までの間は、所定単位数の1000分の1001を算定します。

保険適用後加算金額内訳(利用者負担額)

・以下はサービス内容により上記利用者負担額に加算されます。

加算の種類	基準額	利用者負担額	加算の種類	基準額	利用者負担額
入浴介助Ⅰ	400	40	栄養改善加算	2,000	200/月
入浴介助Ⅱ	550	55	口腔・栄養スクリーニングⅠ	200	20
生活機能向上連携加算Ⅰ	1,000	100/3月	口腔・栄養スクリーニングⅡ	50	5
生活機能向上連携加算Ⅱ	2,000	200/月	口腔機能向上加算Ⅰ	1,500	150/月
個別機能訓練加算Ⅰ	270	27	口腔機能向上加算Ⅱ	1,600	160/月
個別機能訓練加算Ⅱ	200	20/月	科学的介護推進体制加算	400	40/月
ADL維持等加算Ⅰ	300	30/月	サービス提供体制強化加算Ⅰ	220	22
ADL維持等加算Ⅱ	600	60/月	サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	18
若年性認知症利用者受入加算	600	60	介護職員処遇改善加算Ⅲ	※1	※1
栄養アセスメント	500	50/月	特定処遇改善加算Ⅰ	※2	※2
			特定処遇改善加算Ⅱ	※3	※3

※1:介護費及び加算の単位数の1000分の42に相当する額 ※2:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の12に相当する額 ※3:介護費及び介護職員処遇改善加算を除く加算の単位数の1000分の10に相当する額

その他の費用(全額自己負担)

食費	キャンセル(前日17時以降)	パッド(原則持込)	おむつ(原則持込)	時間外(通常の時間を超える場合)
694円	694円	50円/1枚	100円/1枚	600円/1時間