

五泉中央デイサービスセンター利用料金

(単位：円)

大規模型（Ⅱ） 通所介護（デイサービス）

※サービス提供時間は、「7-9体制」を基本とさせていただきます。

・所要時間5時間以上7時間未満（提供時間：9:30～15:30） ・所要時間7時間以上9時間未満（提供時間：9:00～16:30）

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	5,470	547	要介護1	6,280	628
要介護2	6,470	647	要介護2	7,420	742
要介護3	7,460	746	要介護3	8,590	859
要介護4	8,460	846	要介護4	9,770	977
要介護5	9,460	946	要介護5	10,950	1,095

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	①入浴介助加算	②サービス提供体制強化加算Ⅰイ	③個別機能訓練加算Ⅰ	④個別機能訓練加算Ⅱ	⑤処遇改善加算Ⅲ
利用者負担額	50	18	46	56	※

※ 介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

介護予防通所介護（予防デイサービス） ・ 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）

・ひと月あたりの利用料

区分	基準額	利用者負担額
要支援1	16,470	1,647
要支援2	33,770	3,377

※月額単位の包括利用料金となります。ただし第1号通所事業については、初回利用月は契約日からの日割り計算となります。

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	①サービス提供体制加算Ⅰイ（要支援1）	②サービス提供体制加算Ⅰイ（要支援2）	③運動機能向上加算	④処遇改善加算Ⅲ
利用者負担額	72	144	225	※

※ 介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

（介護予防）認知症対応型 通所介護

※サービス提供時間は、「7-9体制」を基本とさせていただきます。

・所要時間5時間以上7時間未満（提供時間：9:30～15:30） ・所要時間7時間以上9時間未満（提供時間：9:00～16:30）

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	7,490	749	要支援1	8,520	852
要支援2	8,360	836	要支援2	9,520	952
要介護1	8,650	865	要介護1	9,850	985
要介護2	9,580	958	要介護2	10,920	1,092
要介護3	10,500	1,050	要介護3	11,990	1,199
要介護4	11,430	1,143	要介護4	13,070	1,307
要介護5	12,360	1,236	要介護5	14,140	1,414

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	①入浴介助加算	②サービス提供体制強化加算Ⅰイ	③個別機能訓練加算	④処遇改善加算Ⅲ
利用者負担額	50	18	27	※

※ 介護費及び加算の単位数の1000分の42に相当する額

デイサービス共通利用料（全額自己負担）

・その他 デイサービス共通：個人的に（全額自己負担）かかる料金

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）※
690円	690円	50円/1枚	100円/1枚	600円/1時間

※ 介護予防通所介護・第1号通所事業除く

2割負担

五泉中央デイサービスセンター利用料金

(単位：円)

大規模型(Ⅱ) 通所介護(デイサービス)

※サービス提供時間は、「7-9体制」を基本とさせていただきます。

・所要時間5時間以上7時間未満(提供時間：9:30~15:30) ・所要時間7時間以上9時間未満(提供時間：9:00~16:30)

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	5,470	1,094	要介護1	6,280	1,256
要介護2	6,470	1,294	要介護2	7,420	1,484
要介護3	7,460	1,492	要介護3	8,590	1,718
要介護4	8,460	1,692	要介護4	9,770	1,954
要介護5	9,460	1,892	要介護5	10,950	2,190

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	①入浴介助加算	②サービス提供体制強化加算Ⅰイ	③個別機能訓練加算Ⅰ	④個別機能訓練加算Ⅱ	⑤処遇改善加算Ⅲ
利用者負担額	100	36	92	112	※

※ 介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

介護予防通所介護(予防デイサービス) ・ 第1号通所事業(介護予防通所介護相当)

・ひと月あたりの利用料

区分	基準額	利用者負担額
要支援1	32,940	3,294
要支援2	67,540	6,754

※月額単位の包括利用料金となります。ただし第1号通所事業については、初回利用月は契約日からの日割り計算となります。

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	①サービス提供体制加算Ⅰイ(要支援1)	②サービス提供体制加算Ⅰイ(要支援2)	③運動機能向上加算	④処遇改善加算Ⅲ
利用者負担額	144	288	450	※

※ 介護費及び加算の単位数の1000分の23に相当する額

(介護予防)認知症対応型通所介護

※サービス提供時間は、「7-9体制」を基本とさせていただきます。

・所要時間5時間以上7時間未満(提供時間：9:30~15:30) ・所要時間7時間以上9時間未満(提供時間：9:00~16:30)

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	7,490	1,498	要支援1	8,520	1,704
要支援2	8,360	1,672	要支援2	9,520	1,904
要介護1	8,650	1,730	要介護1	9,850	1,970
要介護2	9,580	1,916	要介護2	10,920	2,184
要介護3	10,500	2,100	要介護3	11,990	2,398
要介護4	11,430	2,286	要介護4	13,070	2,614
要介護5	12,360	2,472	要介護5	14,140	2,828

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	①入浴介助加算	②サービス提供体制強化加算Ⅰイ	③個別機能訓練加算	④処遇改善加算Ⅲ
利用者負担額	100	36	54	※

※ 介護費及び加算の単位数の1000分の42に相当する額

デイサービス共通利用料(全額自己負担)

・その他 デイサービス共通：個人的に(全額自己負担)かかる料金

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)※
690円	690円	50円/1枚	100円/1枚	600円/1時間

※ 介護予防通所介護・第1号通所事業除く