

利用料金表

※2021.4.1

☆ 介護保険給付対象サービス：原則として保険対象額の1割～3割が自己負担額となります
(表示は1割の自己負担額)

【 基本料金 】：介護保険法に基づく、事業所利用料となります

利用時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援1	要支援2
<input type="checkbox"/> 3時間～4時間未満	483円	561円	638円	738	836	2,053	3,999
<input type="checkbox"/> 4時間～5時間未満	549円	637円	725円	838	950		
<input type="checkbox"/> 5時間～6時間未満	618円	733円	846円	980	1,112	※利用期間12か月以上	
<input type="checkbox"/> 6時間～7時間未満	710円	844円	974円	1,129	1,281	▲ 20	▲ 40

【 加算/減算料金 】：介護保険法に基づき、サービスを提供した場合の料金となります

要 介 護	
加算項目	料 金
<input type="checkbox"/> 入浴	40円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	150円/月2回まで
<input type="checkbox"/> 栄養改善	200円/月2回まで
<input type="checkbox"/> 中重度ケア	20円
<input type="checkbox"/> 重度療養管理	100円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化	22円
<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> マネジメント	<input type="checkbox"/> (A)イ 6月内560円 6月以降240円 <input type="checkbox"/> (A)ロ 6月内593円 6月以降273円 <input type="checkbox"/> (B)イ 6月内830円 6月以降510円 <input type="checkbox"/> (B)ロ 6月内863円 6月以降543円 ※月毎の利用料金になります
<input type="checkbox"/> 短期集中 リハビリテーション※1	110円
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中 リハビリテーション※2	<input type="checkbox"/> (I) 240円/日 <input type="checkbox"/> (II) 1920円/月
<input type="checkbox"/> 生活行為向上 リハビリテーション	6月内 1250円/月
<input type="checkbox"/> リハビリテーション 提供体制	24円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制	40円/月
<input type="checkbox"/> 送 迎	片道 ▲47円/往復▲94円

要 支 援	
加算項目	料 金
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上	150円
<input type="checkbox"/> 栄養改善	150円
<input type="checkbox"/> 運動器機能向上	225円
<input type="checkbox"/> 選択的複数サービス 実施加算	<input type="checkbox"/> (I) 480円 <input type="checkbox"/> (II) 700円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制	40円/月
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化	<input type="checkbox"/> 支援1：88円 <input type="checkbox"/> 支援2：176円
<input type="checkbox"/> 生活行為向上 リハビリテーション	6月内 562円

※ 要支援は月毎の料金になります

※1 退院・退所又は認定日より3月内のみ算定します

※2 利用開始日より3月内のみ算定します

<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善等加算 (II)	所定単位数×加算率 (3.4%) × 自己負担率 (1割/2割/3割)
---	-------------------------------------

☆ 介護保険給付対象外サービス：当事業所で設定した自費負担額となります

<input type="checkbox"/> 食 費	750円/日	*1 当事業所で用意した物を使用した場合
<input type="checkbox"/> オムツ・パット・リハビリパンツ等 (*1)	各 実費	*2 通常事業の営業実施地域以外での送迎を行う場合に、
<input type="checkbox"/> 通常実施地域以外での送迎費 (*2)	55円/km	当事業所より10km以上につき徴収させていただきます
<input type="checkbox"/> 領収証明書	1650円	*3 サービス提供時間を超えてのご利用に対し
<input type="checkbox"/> サービス提供時間を超えてのご利用 (*3)	1100円/時間	て、1時間毎に徴収させていただきます
<input type="checkbox"/> その他 (*4)	実費	*4 「教養娯楽費」として、その都度、材料費等として実費を別途ご負担頂きます