

【デイサービス利用料金表】

要支援（1～2）の方

介護度	保険対象 (1割負担)			保険対象外 (10割負担)		1ヶ月の値段 ①+②×回数
	サービス 費用	加算		食費 オヤツ含む	小計②	
		運動器 機能向上	小計①			
要支援1	1647	225	1872	400	400	1872+ (400×回数)
要支援2	3377	225	3602	400	400	3602+ (400×回数)

(単位：円)

※別途介護保険内1割負担分の合計額に4.0%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

※送迎料金はサービス費用に含まれております。

要介護（1～5）の方

介護度	提供 時間	保険対象 (1割負担)			保険対象外 (10割負担)		1日の値段 ①+②	
		サービス 費用	加算		小計①	食費 オヤツ含む		小計②
			入浴	機能訓練 (I・II)				
要介護1	2～3	266	50	46・56	418	400	400	818
	3～5	380	50	46・56	532	400	400	932
	5～7	572	50	46・56	724	400	400	1124
要介護2	2～3	305	50	46・56	457	400	400	857
	3～5	436	50	46・56	588	400	400	988
	5～7	676	50	46・56	828	400	400	1228
要介護3	2～3	345	50	46・56	497	400	400	897
	3～5	493	50	46・56	645	400	400	1045
	5～7	780	50	46・56	932	400	400	1332
要介護4	2～3	384	50	46・56	536	400	400	936
	3～5	548	50	46・56	700	400	400	1100
	5～7	884	50	46・56	1036	400	400	1436
要介護5	2～3	424	50	46・56	576	400	400	976
	3～5	605	50	46・56	757	400	400	1157
	5～7	988	50	46・56	1140	400	400	1540

(単位：円)

※別途介護保険内1割負担分の合計額に4.0%相当の介護職員処遇改善加算が加わります。

※送迎料金はサービス費用に含まれております。

(送迎を行わない場合は片道につき47単位を減算します)