介護保険負担割合証に記載されている「利用者負担の割合」の部分をご覧ください

1. 基本料金

(1) 3時間以上4時間未満

要介護度等の区分	利用料	利用者負担額				
安川暖度寺の四万	<u>የሀጠ</u> ላት	1割負担	2割負担	3割負担		
要支援1	4,280 円/日	428 円/日	856 円/日	1,284 円/日		
要支援2	4,750 円/日	475 円/日	950 円/日	1,425 円/目		

(2) 4時間以上5時間未満

要介護度等の区分	利用料		利用者負担額				
安川暖及寺の四万	<u>የሀጠ</u> ላት	1割負担	2割負担	3割負担			
要支援1	4,480 円/日	448 円/日	896 円/日	1,344 円/日			
要支援 2	4,970 円/日	497 円/日	994 円/日	1,491 円/日			

(3) 5時間以上6時間未満

要介護度等の区分	利用料		利用者負担額		
安川護及寺の四万	<u>የሀጠ</u> ላት	1割負担	2割負担	3割負担	
要支援1	6,660 円/日	666 円/日	1,332 円/日	1,998 円/日	
要支援 2	7,420 円/日	742 円/日	1,484 円/日	2,226 円/日	

(4) 6時間以上7時間未満

要介護度等の区分	利用料	利用者負担額				
安川護及寺の区方	<u>የሀጠ</u> ላት	1割負担	2割負担	3割負担		
要支援1	6,830 円/日	683 円/日	1,366 円/日	2,049 円/日		
要支援 2	7,610 円/日	761 円/日	1,522 円/日	2,283 円/日		

(5) 7時間以上8時間未満

要介護度等の区分	利用料	利用者負担額				
安川曖反守の匹川	ለባ <i>ጠ</i> 141	1割負担	2割負担	3割負担		
要支援 1	7,710 円/日	771 円/日	1,542 円/日	2,313 円/日		
要支援 2	8,620 円/日	862 円/日	1,724 円/日	2,586 円/日		

(6) 8時間以上9時間未満

要介護度等の区分	利用料	利用者負担額					
安川護及寺の四万	<u>የሀጠ</u> ላተ	1割負担 2割負担		3割負担			
要支援 1	7,960 円/日	796 円/日	1,592 円/日	2,388 円/日			
要支援 2	8,890 円/日	889 円/日	1,778 円/日	2,667 円/日			

2. 延長時間等(7時間以上9時間未満の前後にサービスを行った場合)

項目	利用料	1日又は1回あたりの利用者負担額			
快 口	<i>ተ</i> ባ/ከ4ጘ	1割負担	2割負担	3割負担	
2時間以上3時間未満	基本サ	ービス費4時間以上	5時間未満の100分	分の63	
イ 9時間以上10時間未満	500円	50円	100円	150円	

3. 加算

項目		Til E		利用者負担額				
		利用料		1割負担	2割負	担	3割負	担
入浴介助加算(I)	該当者	400	円/日	40 円/日	80	円/日	120	円/日
入浴介助加算 (Ⅱ)	該当者	550	円/日	55 円/日	110	円/日	165	円/日
個別機能訓練加算	該当者	270	円/日	27 円/日	54	円/日	81	円/日
若年性認知症利用者受入加算	該当者	600	円/日	60 円/日	120	円/日	180	円/日
栄養アセスメント加算	該当者	500	円/月	50 円/月	100	円/月	150	円/月
栄養改善加算	該当者	2,000	円/月	200 円/月	400	円/月	600	円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	該当者	200	円/回	20 円/回	40	円/回	60	円/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	該当者	50	円/回	5 円/回	10	円/回	15	円/回
口腔機能向上加算(I)	該当者	1,500	円/月	150 円/月	300	円/月	450	円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	該当者	1,600	円/月	160 円/月	320	円/月	480	円/月
サービス提供体制強化加算(I)	全 員	220	円/目	22 円/日	44	円/日	66	円/日
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	全 員	180	円/日	18 円/日	36	円/日	54	円/日
科学的介護推進体制加算	全 員	400	円/月	40 円/月	80	円/月	120	円/月
際架症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	全 員			月の所定員	单位×3%			
介護職員処遇改善加算(I) 全		月の所定単位×10.4%						
介護職員等特定処遇改善加算 (I) 全 員		月の所定単位×3.1%						
介護職員等ベースアップ等支援加算 全 員		月の所定単位×2.3%						

4. 食費 (昼食・おやつ代) 635円

・ 介護保険の給付対象とはなりません

5. その他の費用

料金の種類	金 額
おむつ代	実費

- ・ 介護保険の給付対象とはなりません
- ・ 当センターにおいて提供した場合に請求いたします