

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

区分	利用対象者	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
週1回程度利用	要支援1、事業対象者	17,980 円/月	1,798 円/月	3,596 円/月	5,394 円/月
週2回程度利用	要支援2、事業対象者	36,210 円/月	3,621 円/月	7,242 円/月	10,863 円/月

2. 加算

項目	利用料	利用者負担額			
		1割負担	2割負担	3割負担	
若年性認知症利用者受入加算	該当者 2,400 円/月	240 円/月	480 円/月	720 円/月	
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	
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	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	全員	要支援1	要支援1		
		880 円/月	88 円/月	176 円/月	264 円/月
		要支援2	要支援2		
		1,760 円/月	176 円/月	352 円/月	528 円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	全員	要支援1	要支援1		
		720 円/月	72 円/月	144 円/月	216 円/月
		要支援2	要支援2		
		1,440 円/月	144 円/月	288 円/月	432 円/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	全員	月の所定単位×9.2%			

3. 食費（昼食・おやつ代） 650円 ・ 介護保険の給付対象とはなりません

4. その他の費用

料金の種類	金額
おむつ代	実費
その他の日常生活費	実費
レクリエーション材料費	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
- ・ 口腔機能向上加算算定している方の衛生用品費などを指します
- ・ 特別な材料が必要となるレクリエーションの材料費などを指します