総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）　**第１号通所事業（通所介護相当サービス）**　　（　別紙　２　）

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

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
要支援1 事業対象者	週1回程度/月4回まで	4,360 円／回	436 円／回	872 円／回	1,308 円／回
	月5回以上	17,980 円／月	1,798 円／月	3,596 円／月	5,394 円／月
要支援２ 事業対象者	週2回程度/月8回まで	4,470 円／回	447 円／回	894 円／回	1,341 円／回
	月9回以上	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×１２．７％			

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