通所介護料金表

（1） 利用料金

通所介護の利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とします。

１日あたりの利用料（大規模通所介護費Ⅰ）

所要時間	介護度	単位数	単価(円)	介護報酬額(円)	自己負担額(円)	
					1割	2割
2時間以上3時間未満	要介護1	258	10.68	2,755	276	551
	要介護2	295	10.68	3,150	315	630
	要介護3	334	10.68	3,567	357	714
	要介護4	371	10.68	3,962	397	793
	要介護5	410	10.68	4,378	438	876
3時間以上4時間未満	要介護1	350	10.68	3,738	374	748
	要介護2	401	10.68	4,282	429	857
	要介護3	453	10.68	4,838	484	968
	要介護4	504	10.68	5,382	539	1,077
	要介護5	556	10.68	5,938	594	1,188
4時間以上5時間未満	要介護1	368	10.68	3,930	393	786
	要介護2	422	10.68	4,506	451	902
	要介護3	477	10.68	5,094	510	1,019
	要介護4	530	10.68	5,660	566	1,133
	要介護5	585	10.68	6,247	625	1,250
5時間以上6時間未満	要介護1	533	10.68	5,692	570	1,139
	要介護2	631	10.68	6,739	674	1,348
	要介護3	728	10.68	7,775	778	1,555
	要介護4	824	10.68	8,800	880	1,760
	要介護5	921	10.68	9,836	984	1,968
6時間以上7時間未満	要介護1	552	10.68	5,895	590	1,179
	要介護2	654	10.68	6,984	699	1,397
	要介護3	754	10.68	8,052	806	1,611
	要介護4	854	10.68	9,120	912	1,824
	要介護5	954	10.68	10,188	1,019	2,038
7時間以上8時間未満	要介護1	617	10.68	6,589	659	1,318
	要介護2	729	10.68	7,785	779	1,557
	要介護3	844	10.68	9,013	902	1,803
	要介護4	960	10.68	10,252	1,026	2,051
	要介護5	1076	10.68	11,491	1,150	2,299
8時間以上9時間未満	要介護1	634	10.68	6,771	678	1,355
	要介護2	749	10.68	7,999	800	1,600
	要介護3	868	10.68	9,270	927	1,854
	要介護4	987	10.68	10,541	1,055	2,109
	要介護5	1106	10.68	11,812	1,182	2,363

※　介護度にかかわらず９時間以上１０時間未満の場合は５０単位、１０時間以上１１時間未満の場合は１００単位、１１時間以上１２時間未満の場合は１５０単位、１２時間以上１３時間未満の場合は２００単位、１３時間以上１４時間未満の場合は２５０単位を１日あたりの単位数に加算します。

上記の他、個別の対応状況により次のような加算又は減算をすることがあります。

１回あたりの加算料金

	単位数	単価(円)	介護報酬額(円)	自己負担額(円)	
				1割	2割
入浴介助	50	10.68	534	54	107
中重度者ケア体制加算	45	10.68	480	48	96
個別機能訓練加算（Ⅰ）	46	10.68	491	50	99
個別機能訓練加算（Ⅱ）	56	10.68	598	60	120
認知症加算	60	10.68	640	64	128
栄養改善加算（月２回まで）	150	10.68	1,602	161	321
口腔機能向上加算（月２回まで）	150	10.68	1,602	161	321
若年性認知症利用者受入加算	60	10.68	640	64	128
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18	10.68	192	20	39
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	12	10.68	128	13	26
送迎減算(片道につき)	▲47	10.68	▲501	▲51	▲101
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	自己負担額は、(大規模通所介護Ⅰ単位＋加算単位)×10.68×59/1000×(自己負担率)　となります。				
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	自己負担額は、(大規模通所介護Ⅰ単位＋加算単位)×10.68×43/1000×(自己負担率)　となります。				
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	自己負担額は、(大規模通所介護Ⅰ単位＋加算単位)×10.68×23/1000×(自己負担率)　となります。				

※１　個別機能訓練加算を算定する場合は、（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかとなります。
※２　サービス提供体制加算を算定する場合は、（Ⅰ）又は（Ⅱ）、（Ⅲ）のいずれかとなります。
※３　介護職員処遇改善加算を算定する場合は、（Ⅰ）又は（Ⅱ）、（Ⅲ）のいずれかとなります。

介護保険適用外料金(全額自己負担)

	昼食代	おやつ代	合　計
自己負担額	６２０円	８０円	７００円

ただし、行事等の食費については実費となります。

・　その他

おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

通常の事業の実施地域(さいたま市(緑区、浦和区、南区)及び川口市)を越えて送迎を行う場合、次のとおり送迎費用をご請求いたします。

通所の事業の実施地域を超えた地点から片道 10 キロ未満　　１，０００円
通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 10 キロ以上　　１，５００円

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦１日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（２）キャンセル規定

昼食を予定している利用者が、ご都合によりサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

ご利用日の前日１７時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前日１７時までにご連絡いただけなかった場合	６２０円

※　サービス利用中にご利用者の都合でサービスを中止した場合には、当該サービスにかかる料金をお支払いいただく場合があります。

（３）支払方法

毎月、２０日までに前月分の請求をいたしますので、末日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

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）料金表

（１） 利用料金

第１号通所事業（通所介護相当サービス）の利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とします。

（介護予防通所介護費）

区　　分	単位数	単価(円)	基本利用料(円)	自己負担額(円)	
				１割	２割
事業対象者・要支援１	1,647／月	10.68	17,589	1,759	3,518
要支援２	3,377／月	10.68	36,066	3,607	7,214

上記の他、個別の対応状況により次のような加算をすることがあります。

（加算内容）

区　　分	該当・非該当	単位数	単価(円)	基本利用料(円)	自己負担額(円)	
					１割	２割
生活機能向上グループ活動実施加算		100／月	10.68	1,068	107	214
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）		480／月	10.68	5,126	513	1,068
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）		700／月	10.68	7,476	748	1,496
運動器機能向上加算		225／月	10.68	2,403	241	481
栄養改善加算		150／月	10.68	1,602	161	321
口腔機能向上加算		150／月	10.68	1,602	161	321
事業所評価加算		120／月	10.68	1,281	129	257
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ要支援１		72／月	10.68	768	77	154
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ要支援２		144／月	10.68	1,537	154	308
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ要支援１		48／月	10.68	512	52	103
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ要支援２		96／月	10.68	1,025	103	205
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援１		24／月	10.68	256	26	52
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援２		48／月	10.68	512	52	103
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		自己負担額は、所定単位数×10.68×59/1000×自己負担率となります。				
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）		自己負担額は、所定単位数×10.68×43/1000×自己負担率となります。				
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）		自己負担額は、所定単位数×10.68×23/1000×自己負担率となります。				

※1 生活機能向上グループ活動加算は、運動機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、選択的サービス複数実施加算のいづれかを算定している場合は、算定しません。

※2 選択的サービス複数実施加算は、運動機能向上加算、栄養改善加算、又は口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しませんし。

※3 介護職員処遇改善加算を算定する場合は、（Ⅰ）又は（Ⅱ）、（Ⅲ）のいずれかとなります。

（２）その他の料金

・通常の昼食代　　６２０円　　おやつ代　８０円

・行事等の昼食代　実費

・レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

・通常の事業の実施地域（さいたま市緑区、浦和区、南区）及び川口市を越えて送迎を行う場合、次のとおり送迎費用をご請求いたします。

通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 10 キロ未満　　１，０００円

通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 10 キロ以上　　１，５００円

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦１日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。
サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（３）　キャンセル規定

昼食を予定している利用者が、ご都合によりサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日１７時までにご連絡いただいた場合	無　料
②ご利用日の前日１７時までにご連絡をいただかなった場合	６２０円

（４）　支払方法

毎月、２０日までに前月分の請求をいたしますので、末日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。