

デイサービス利用料金表

(平成24年4月から)

足立区さのデイサービスセンター

1 基本料金

《一般デイ》

① 通常模型通所介護費 (I) (1日につき)

要介護度	5～7時間未満			7～9時間未満		
	単 位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	自己負担額	単 位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	自己負担額
要介護1	602	6	¥657	690	6	¥752
要介護2	708	6	¥772	811	6	¥883
要介護3	814	6	¥887	937	6	¥1,019
要介護4	920	6	¥1,001	1063	6	¥1,155
要介護5	1026	6	¥1,115	1,188	6	¥1,291

② 介護予防通所介護費 (1月につき)

要介護度	単 位	自己負担額
要支援1	2,099	¥2,269
要支援2	4,205	¥4,546

《認知症デイ》

③ 認知症対応型通所介護費 (I-ii)

要介護度	5～7時間未満			7～9時間未満		
	単 位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	自己負担額	単 位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	自己負担額
要介護1	813	6	¥900	924	6	¥1,022
要介護2	899	6	¥994	1024	6	¥1,132
要介護3	986	6	¥1,091	1,124	6	¥1,242
要介護4	1072	6	¥1,185	1,224	6	¥1,352
要介護5	1159	6	¥1,280	1,324	6	¥1,461

④ 介護予防認知症対応型通所介護費 (I-ii)

要介護度	5～7時間未満			5～7時間未満		
	単 位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	自己負担額	単 位	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	自己負担額
要支援1	561	6	¥614	751	6	¥820
要支援2	624	6	¥682	839	6	¥915

2 加算料金

項 目	通所介護・認知症対応型通所介護		介護予防通所介護・介護予防認知症対応型通所介護		内 容
	単 位	自己負担額	単 位	自己負担額	
入浴介助加算	50	¥54	-	-	通所介護で、日につき
	50	¥54	50	¥54	認知症対応型 介護予防認知症対応型で、日につき
個別機能訓練加算 運動器機能向上加算)	27	¥29	225	¥241	通所介護で 日につき、介護予防で 月につき
	27	¥29	27	¥29	介護予防) 認知症対応型で 日につき
栄養改善加算	150	¥161	150	¥161	通所介護で 回につき、介護予防通所介護で 月につき
	150	¥162	150	¥162	介護予防) 認知症対応型で 1回につき
口腔機能向上加算	150	¥161	150	¥161	通所介護で 回につき、介護予防通所介護で 月につき
	150	¥161	150	¥162	介護予防) 認知症対応型で 1回につき
アクティビティ実施加算	-	-	53	¥57	介護予防通所介護のみ 月につき
事業所評価加算	-	-	100	¥107	介護予防通所介護のみ次年度内に限り 月につき

3 その他の料金

- ① 食費 食あたり650円
- ② 理美容代 回につき1500円
- ③ その他
 - 作品教材費 一部自己負担
 - 外出行事 実費相当額
 - おむつ代 実費相当額 持ち込み可)

4 当日欠席について

ご利用日の午前9時以降にご連絡の場合、食事代650円をご負担いただきます。

5 支払方法

ご利用日の翌月15日までに請求し、20日までに契約の際にお選びいただいた方法で、お支払いいただきます。
支払確認後、領収証を発行します。

