

## デイサービスセンターほのほの・料金表

地域密着型通所介護・基本サービス費(1日の料金、1割負担の方の場合)					
介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位	753	890	1032	1172	1312
費用合計	7,635 円	9,024 円	10,464 円	11,884 円	13,303 円
保険給付額	6,871 円	8,121 円	9,417 円	10,695 円	11,972 円
自己負担	764 円	903 円	1,047 円	1,189 円	1,331 円
加算(1割負担の方の場合)					
加算内容	単位	費用合計	保険給付	自己負担	
入浴介助加算Ⅰ(回)	40	405 円	364 円	41 円	
サービス提供体制強化加算Ⅲ(日)	6	60 円	54 円	6 円	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ(月)	1月あたりの総額×9.0%				

通所型サービス・基本サービス費(1日の料金、1割負担の方の場合)				
介護度	単位	費用合計	保険給付	自己負担
要支援 1	436	4,421 円	3,978 円	443 円
要支援 2	447	4,532 円	4,078 円	454 円
加算(1月の料金、1割負担の方の場合)				
加算内容	単位	費用合計	保険給付	自己負担
サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援1)	24	243 円	218 円	25 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ(支援2)	48	486 円	437 円	49 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月あたりの総額×9.0%			

※上記の料金表の自己負担額は介護保険負担割合が1割の場合の金額となります。2割負担の方は自己負担額が2倍、3割負担の方は3倍の負担額となります。

大田原市は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位に10.14を乗じています。

1月あたりの総額とは、基本サービス費に各種加算減算を加えたものです。

その他の費用(昼食代)	
食費	400 円 (おやつ代含む)

ご不明な点などございましたら、  
お気軽にお問い合わせください。

Tell : 0287-98-8355

