

デイサービスセンターほのぼの・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	750	887	1028	1168	1308
費用合計	7,605 円	8,994 円	10,423 円	11,843 円	13,263 円
保険給付額	6,844 円	8,094 円	9,380 円	10,658 円	11,936 円
自己負担	761 円	900 円	1,043 円	1,185 円	1,327 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	
介護職員処遇改善加算Ⅰ(月)	1月あたりの総額×5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ(月)	1月あたりの総額×1.0%				
介護職員等 ^ハ -ス ^{アップ} 等支援加算(月)	1月あたりの総額×1.1%				

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	384	3,893 円	3,503 円	390 円
要支援 2	395	4,005 円	3,604 円	401 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
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月あたりの総額×5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1月あたりの総額×1.0%			
介護職員等 ^ハ -ス ^{アップ} 等支援加算	1月あたりの総額×1.1%			

※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、上記表の単位の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

