

スマイルデイサービス料金表

(第1号通所事業(総合事業通所介護))

下記の料金表に従い、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(ご利用者1割負担または2割負担)と食事等に係わる金額(ご利用者全額負担)の合計金額をお支払い頂きます。(サービスのご利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります)

◆第1号通所事業(総合事業通所介護)の利用料 サービス利用料金介護報酬に係る費用

実際の料金計算時(月ごと)には1円単位の誤差が生じる場合があります。

要介護度	要支援1	要支援1 1月の中で全部で 4回までのサービス	要支援2	要支援2 1月の中で全部で 8回までのサービス
要介護度別の サービス利用料金	16,470 円/月	3,780 円/日	33,770 円/月	3,890 円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	1,647 円/月	378 円/日	3,377 円/月	389 円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	3,294 円/月	756 円/日	6,754 円/月	778 円/日

各種加算	サービス提供 体制強化加算Ⅱ*1 (要支援1)	サービス提供 体制強化加算Ⅱ*1 (要支援2)
要支援度別の サービス利用料金	240 円	480 円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	24 円	48 円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	48 円	96 円

介護職員処遇改善加算Ⅰ	5.9% *1
-------------	---------

*1 介護職員処遇改善加算およびサービス提供体制強化加算Ⅱは、区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

◆その他料金(ご利用者全額負担)

給食費	620 円/1食(内訳 昼 570 円、おやつ 50 円)
リハビリパンツ代	140 円/1枚(ご利用の場合)
尿取りパット	40 円/1枚(ご利用の場合)
替下着	200 円/1枚(ご利用の場合)
コピー代	10 円/1枚(ご利用の場合)*2

*2 ご利用の方が、サービス実施記録の複写物を希望される場合の料金です。

創作的活動事業にかかる費用は、ご利用された場合にご負担いただくこととなります。

◆キャンセル料金について

ご利用日当日の午前8時以降のキャンセルは、給食代のキャンセル料金(620 円)が発生します。

(H30.04.01 現在)