

スマイルデイサービスセンター料金表

下記の料金表に従い、ご契約者の要介護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(介護保険負担割合証による1割または2割または3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、ご契約者の要介護度に応じて異なります)

◆指定地域密着型通所介護利用料金(地域密着型通所介護事業所) サービス利用料金(1日あたり)

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 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 要介護度別のサービスご利用料金 | 7,530円 | 8,900円 | 10,320円 | 11,720円 | 13,120円 |
| サービスのご利用に係る自己負担金(1割負担の方) | 753円 | 890円 | 1,032円 | 1,172円 | 1,312円 |
| サービスのご利用に係る自己負担金(2割負担の方) | 1,506円 | 1,780円 | 2,064円 | 2,344円 | 2,624円 |
| サービスのご利用に係る自己負担金(3割負担の方) | 2,259円 | 2,670円 | 3,096円 | 3,516円 | 3,936円 |

| 各種加算 | 入浴介助加算(I) (対象者のみ加算) | 入浴介助加算(II) (対象者のみ加算) | サービス提供体制 強化加算Ⅲ*1 | 送迎減算 (送迎を実施しない場合) |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| 要介護度別のサービスご利用料金 | 400円 | 550円 | 60円 | △470円/回 |
| サービスのご利用に係る自己負担金(1割負担の方) | 40円 | 55円 | 6円 | △47円/回 |
| サービスのご利用に係る自己負担金(2割負担の方) | 80円 | 110円 | 12円 | △94円/回 |
| サービスのご利用に係る自己負担金(3割負担の方) | 120円 | 165円 | 18円 | △141円/回 |

| | |
|--------------|---------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 9.0% *1 |
|--------------|---------|

*1 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 | 635円/1食(内訳 昼585円、おやつ50円) |
| リハビリパンツ代 | 140円/1枚(ご利用の場合) |
| 尿取りパッド | 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 ご利用者の方が、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、給食費のキャンセル料金(635円)が発生します。