

(地域密着型通所介護・第1号通所事業通所介護・第1号通所事業通所型サービスA)

デイサービス ほほえみの駅

料金

〈自己負担割合が2割及び3割の方は介護保険適用分の自己負担額が2倍又は3倍になります〉

【地域密着型 介護保険適用分 (1割表示)】

(1回利用につき)

5 時間以上 6 時間未満		加 算		自己負担額
介護認定	基礎単価	入浴介助Ⅰ	介護職員等処遇改善Ⅱ	
要介護 1	6 5 7 円	4 0 円	(基礎単価＋入浴介助加算Ⅰ) × 9 . 0 % 円	7 6 0 円
要介護 2	7 7 6 円			8 8 9 円
要介護 3	8 9 6 円			1 0 2 0 円
要介護 4	1 0 1 3 円			1 1 4 8 円
要介護 5	1 1 3 4 円			1 2 8 0 円
※送迎代は基礎単価に含まれております。				

【第1号通所事業通所介護 介護保険適用分 (1割表示)】

(1月利用につき)

介護認定	基礎単価	加 算	自己負担額
		介護職員等処遇改善Ⅱ	
要支援 1	1 7 9 8 円	(基礎単価) × 9. 0 % 円	1 9 6 0 円
要支援 2	3 6 2 1 円		3 9 4 7 円
※入浴・送迎代は基礎単価に含まれております。			

【第1号通所事業通所型サービスA 介護保険適用分 (1割表示)】

(1月又は1回利用につき)

介護認定	利用回数	基礎単価	自己負担額
事業対象者 要支援1	月3回迄 回数払い	368円/回	368円
	月4回以上 月払い	1474円/月	1474円
要支援2	月7回迄 回数払い	377円/回	377円
	月8回以上 月払い	3022円/月	3022円
※入浴・送迎代は基礎単価に含まれております。			

【介護保険適用外】

・昼食代770円をご負担下さい。(生活保護受給者の方は540円になります。)

—お支払い方法—

請求書をご利用月の翌月10日までに発行し、その後配布または送付します。ご利用時に現金でのお支払いか、当社指定金融機関への振込みとなります。