

春風デイサービス ご利用料金

事業所名：春風デイサービス
介護保険指定番号：4070102449

[介護サービス費] (1単位=10.14円)

通所介護は下記の表により算出された金額の1割もしくは2割、3割が利用者負担金となります。

予防給付型通所サービス	単位数
(一) 要支援1	1,798 単位／月
(二) 要支援2	3,621 単位／月
加算分	• サービス提供体制強化加算(II) • 口腔・栄養スクリーニング加算(I) *6ヶ月に1回を限度 • 介護職員処遇改善加算(I)
減算分	• 事業所と同一建物に居住するもの 要支援1:-376 単位／月 要支援2:-752 単位／月

通所介護費	7時間-8時間未満	
(一) 要介護1	658 単位	
(二) 要介護2	777 単位	
(三) 要介護3	900 単位	
(四) 要介護4	1,023 単位	
(五) 要介護5	1,148 単位	
加算分	入浴介助算加算(I)	40 単位／日
	個別機能訓練加算(I)イ	56 単位／日
	口腔・栄養スクリーニング加算(I) *6ヶ月に1回を限度	20 単位
	サービス提供体制強化加算(II)	18 単位／回
	介護職員処遇改善加算(I) (1月につき)	所定単位数×9.2%
減算分	事業所と同一建物に居住するもの (1日につき)	-94 単位
	事業所が送迎を行わない場合 (片道につき)	-47 単位

*上記設定の基本となる時間は、実際のサービスの提供時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安を基準とします。

[その他の費用]

食事の提供に要する費用	620円	日常生活費	実費
おやつ代 要・不要	80円	オムツ代	実費

- ① 保険の適用が受けられない場合は、サービス費全額をお支払いいただきます。
- ② 保険料の延滞などにより、サービスの1割又は2割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日保険者からの保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要になります。

*別途仕入れを要する嗜好品や参加を募ってのレクリエーション費などの場合が実費負担となる場合があります。