

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いただきます（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） サービスご利用料金（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ロ	12.5%*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。