

スマイルデイサービスセンター料金表

(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(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(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 サービスご利用料金	16,720円/月	3,840円/日	34,280円/月	3,950円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	1,672円/月	384円/日	3,428円/月	395円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	3,344円/月	768円/日	6,856円/月	790円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (3割負担の方)	5,016円/月	1,152円/日	10,284円/月	1,185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 サービスご利用料金	720円	1,440円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	72円	144円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	144円	288円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (3割負担の方)	216円	432円

介護職員処遇改善加算Ⅰ	5.9% *1
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1.2% *1
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1% *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、給食代のキャンセル料金(635円)が発生します。

(2022.10.1現在)