

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	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援1 1月の中で全部で4回 までのサービス	事業対象者・要支援2	事業対象者・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	17,980円/月	4,360円/日	36,210円/月	4,470円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	1,798円/月	436円/日	3,621円/月	447円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	3,596円/月	872円/日	7,242円/月	894円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (3割負担の方)	5,394円/月	1,308円/日	10,863円/月	1,341円/日

※事業対象者は、1週当たりの標準的なご利用回数が1回の場合要支援1、2回の場合要支援2の費用となります。

各種加算	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）	
	事業対象者・ 要支援1	事業対象者・ 要支援2	事業対象者・ 要支援1	事業対象者・ 要支援2
要支援度別の サービスご利用料金	240円	480円	△470円/回 月間最大△3,760円	△470円/回 月間最大△7,520円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	24円	48円	△47円/回 月間最大△376円	△47円/回 月間最大△752円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	48円	96円	△94円/回 月間最大△752円	△94円/回 月間最大△1,504円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (3割負担の方)	72円	144円	△141円/回 月間最大△1,128円	△141円/回 月間最大△2,256円

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、給食費のキャンセル料金（635円）が発生します。