

## スマイルデイサービスセンター料金表 (指定通所介護)

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頂きます。(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)

### ◆指定通所介護利用料金(通常規模型通所介護事業所) 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	6,550円	7,730円	8,960円	10,180円	11,420円
サービスのご利用に係る自己負担金(1割負担の方)	655円	773円	896円	1,018円	1,142円
サービスのご利用に係る自己負担金(2割負担の方)	1,310円	1,546円	1,792円	2,036円	2,284円
サービスのご利用に係る自己負担金(3割負担の方)	1,965円	2,319円	2,688円	3,054円	3,426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II *1	送迎減算
要介護度別のサービスご利用料金	400円	550円	180円	△470円
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	18円	△47円
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	36円	△94円
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	54円	△141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、給食代のキャンセル料金(635円)が発生します。