

デイサービスセンター利用料金一覧表

事業所名 黒松内町デイサービスセンター
 住所 黒松内町字黒松内562番地4
 電話番号 (0136) 72-3750
 F A X 番号 (0136) 72-3899

◆介護給付（介護保険対象者） ◆利用時間 5～6時間

1日の単位数

※1割負担の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 基本サービス費	655	773	893	1,010	1,130
入浴介助加算(実施した日数)	40	40	40	40	40
サービス提供加算(Ⅱ)	18	18	18	18	18
1日当たりの負担額	713	831	951	1,068	1,188

※(①×利用回数分)×②+③+食事代(回数分)を翌月に請求いたします。

1月の加算単位数

単位/月	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
② 介護職員処遇改善加算Ⅰ	月の所定単位数に5.9%を乗じて計算します。				
介護職員等特定処遇改善Ⅰ	月の所定単位数に1.2%を乗じて計算します。				
介護職員等ベースアップ等支援加算	月の所定単位数に1.1%を乗じて計算します。				
③ 科学的介護推進体制加算	40	40	40	40	40

◆介護予防・日常生活支援総合事業

介護度	総合事業対象者	要支援1	要支援2
ひと月の基本サービス費	1,672	1,672	3,428
運動器機能向上加算	225	225	225
サービス提供加算(Ⅱ)	72	72	144
科学的介護推進体制加算	40	40	40
介護職員処遇改善加算Ⅰ	119	119	226
介護職員等特定処遇改善Ⅰ	24	24	46
介護職員等ベースアップ等支援加算	22	22	42
※1割負担の場合	2,174	2,174	4,151

◆法人地域貢献事業（生きがいデイサービス）

基本サービス費	2,174
---------	-------

※食材料費は、1回につき570円です。

※利用料は翌月に請求致しますので、請求書が届いたら支払いお願い致します。

※所得によって町の在宅介護福祉サービス利用料軽減を受けられます。

※紙おむつ代は、実費負担となっています。

令和 4年10月1日～