

# ぼたんの里デイサービスセンター料金表

## 1. 通常規模型通所介護(月301人以上750人未満)

令和4年5月1日現在

要介護度	利用時間	サービス費	入浴	サービス体制加算	認知症加算	処遇改善加算Ⅰ	特定処遇改善加算Ⅰ	総額	介護保険一割負担額	食事費(昼食)	自己負担額
要介護1	2時間～3時間未満	270	40	22	60	23	5	4,202	420円	500円	920円
	3時間～4時間未満	368				29	6	5,250	525円		1,025円
	4時間～5時間未満	386				30	6	5,440	544円		1,044円
	5時間～6時間未満	567				41	8	7,380	738円		1,238円
	6時間～7時間未満	581				41	8	7,520	752円		1,252円
	7時間～8時間未満	655				46	9	8,320	832円		1,332円
	8時間～9時間未満	666				46	9	8,430	843円		1,343円
要介護2	2時間～3時間未満	309	40	22	60	25	5	4,614	461円	961円	
	3時間～4時間未満	421				32	7	5,820	582円	1,082円	
	4時間～5時間未満	442				33	7	6,040	604円	1,104円	
	5時間～6時間未満	670				47	10	8,490	849円	1,349円	
	6時間～7時間未満	686				48	10	8,660	866円	1,366円	
	7時間～8時間未満	773				53	11	9,590	959円	1,459円	
	8時間～9時間未満	787				54	11	9,740	974円	1,474円	
要介護3	2時間～3時間未満	350	40	22	60	28	6	5,060	506円	1,006円	
	3時間～4時間未満	477				35	7	6,410	641円	1,141円	
	4時間～5時間未満	500				37	7	6,660	666円	1,166円	
	5時間～6時間未満	773				53	11	9,590	959円	1,459円	
	6時間～7時間未満	792				54	11	9,790	979円	1,479円	
	7時間～8時間未満	896				60	12	10,900	1,090円	1,590円	
	8時間～9時間未満	911				61	12	11,060	1,106円	1,606円	
要介護4	2時間～3時間未満	390	40	22	60	30	6	5,479	547円	1,047円	
	3時間～4時間未満	530				38	8	6,980	698円	1,198円	
	4時間～5時間未満	557				40	8	7,270	727円	1,227円	
	5時間～6時間未満	876				59	12	10,690	1,069円	1,569円	
	6時間～7時間未満	897				60	12	10,910	1,091円	1,591円	
	7時間～8時間未満	1,018				67	14	12,210	1,221円	1,721円	
	8時間～9時間未満	1,036				68	14	12,400	1,240円	1,740円	
要介護5	2時間～3時間未満	430	40	22	60	33	7	5,918	591円	1,091円	
	3時間～4時間未満	585				42	8	7,570	757円	1,257円	
	4時間～5時間未満	614				43	9	7,880	788円	1,288円	
	5時間～6時間未満	979				65	13	11,790	1,179円	1,679円	
	6時間～7時間未満	1,003				66	14	12,050	1,205円	1,705円	
	7時間～8時間未満	1,142				75	15	13,540	1,354円	1,854円	
	8時間～9時間未満	1,162				76	15	13,750	1,375円	1,875円	

## 2. 介護予防通所介護相当サービスは1ヶ月分の料金です。(1割負担の料金)

要支援1・事業対象者(週1回程度)	1,672	0	88	0	104	21	18,850	1,885円	500円	2,385円
要支援2・事業対象者(週1回程度)	1,672		88		104	21	18,850	1,885円		2,385円
要支援2・事業対象者(週2回程度)	3,428		176		213	43	38,600	3,860円		4,360円

### その他の利用料

昼食代 500円

オムツ代1日 200円(オムツを使用している方で、施設のでオムツを提供した場合)

家族送迎の場合、上記金額より片道につき47円が減額されます。

延長利用:9時間以上10時間未満の場合は、上記9時間未満の料金に50円加算となります。

認知症加算は、認知度がⅢ以上の方のみ加算となります。

\* 介護予防通所介護相当サービスにおいて、要支援1・事業対象者は週1回を超える利用、及び要支援2・事業対象者が週2回を超える利用については1回の利用につき、2,500円を実費でお支払いいただきます。