

通所介護		利用料金		備考
基本 利用料		7時間以上8時間未満		
	要介護 1	1,252 円(1,878 円)		1日につき
	要介護 2	1,480 円(2,220 円)		1日につき
	要介護 3	1,714 円(2,571 円)		1日につき
	要介護 4	1,950 円(2,925 円)		1日につき
	要介護 5	2,184 円(3,276 円)		1日につき
入浴介助加算(I)		80 円(120 円)		1日につき
個別機能訓練加算(I)イ		112 円(168 円)		1日につき
認知症加算		120 円(180 円)		1日につき
若年性認知症加算		120 円(180 円)		1日につき
サービス提供体制強化加算(I)		44 円(66 円)		1日につき
個別機能訓練加算(II)		40 円(60 円)		1か月につき
科学的介護推進体制加算		80 円(120 円)		1か月につき
介護職員処遇改善加算(I)		介護保険適用金額の59/1,000		1か月につき
特定処遇改善加算(I)		介護保険適用金額の12/1,000		1か月につき
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護保険適用金額の11/1,000		1か月につき

美幌町通所型サービス		利用料金		備考
基本 利用料	要支援 1	3,344 円(5,016 円)	(月途中で契約開始・終了の方は、日割りで算定)	1か月につき
	要支援 2	6,856 円(10,284 円)		1か月につき
運動器機能向上加算		450 円(675 円)		1か月につき
若年性認知症加算		480 円(720 円)		1か月につき
サービス提供体制強化加算(I)イ		要支援 1 176 円(264 円)		1か月につき
		要支援 2 352 円(528 円)		
科学的介護推進体制加算		80 円(120 円)		1か月につき
介護職員処遇改善加算(I)		介護保険適用金額の59/1,000		1か月につき
特定処遇改善加算(I)		介護保険適用金額の12/1,000		1か月につき
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護保険適用金額の11/1,000		1か月につき

その他(利用された場合)

	項目	金額	
食事代	食費	1食 550円	
	おやつ代	1食 100円	
選択加算料金	紙おむつ代	実費相当分(税込)	
	日用品費	実費150円(税込)	ご本人の選択により、施設の日用品を使用した場合に係る費用
	趣味活動費等		
	各趣味活動費	実費相当分(税込)	ご本人の選択により、参加された趣味活動・行事などに係る費用
行事参加費	実費相当分(税込)		

※介護保険未納が一定期間に達し給付制限が発生している利用者様は上記料金表に当てはまらない場合があります。必要に応じサービス提供証明書を発行いたします。

通所介護		利用料金	備考
		7時間以上8時間未満	
基本 利用料	要介護 1	1,252 円(1,878 円)	1日につき
	要介護 2	1,480 円(2,220 円)	1日につき
	要介護 3	1,714 円(2,571 円)	1日につき
	要介護 4	1,950 円(2,925 円)	1日につき
	要介護 5	2,184 円(3,276 円)	1日につき
入浴介助加算(Ⅰ)		80 円(120 円)	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		112 円(168 円)	1日につき
認知症加算		120 円(180 円)	1日につき
若年性認知症加算		120 円(180 円)	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		44 円(66 円)	1日につき
個別機能訓練加算(Ⅱ)		40 円(60 円)	1か月につき
科学的介護推進体制加算		80 円(120 円)	1か月につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		介護保険適用金額の59/1,000	1か月につき
特定処遇改善加算(Ⅰ)		介護保険適用金額の12/1,000	1か月につき
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護保険適用金額の11/1,000	1か月につき

津別町通所型サービス		利用料金	備考
基本 利用料	要支援 1	3,344(5,016) 円(3回以上) 2回までは768(1,152)円×利用回数	1か月につき
	要支援 2	6,856(10,284) 円(5回以上) 4回までは790(1,185)円×利用回数	1か月につき
運動器機能向上加算		450 円(675 円)	1か月につき
若年性認知症加算		480 円(720 円)	1か月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ		要支援 1 176 円(264 円)	1か月につき
		要支援 2 352 円(528 円)	
科学的介護推進体制加算		80 円(120 円)	1か月につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		介護保険適用金額の59/1,000	1か月につき
特定処遇改善加算(Ⅰ)		介護保険適用金額の12/1,000	1か月につき
介護職員等ベースアップ等支援加算		介護保険適用金額の11/1,000	1か月につき

その他(利用された場合)

	項目	金額	
食事代	食費	1食 550円	
	おやつ代	1食 100円	
選択加算料金	紙おむつ代	実費相当分(税込)	
	日用品費	実費150円(税込)	ご本人の選択により、施設の日用品を使用した場合に係る費用
	趣味活動費等		
	各趣味活動費	実費相当分(税込)	ご本人の選択により、参加された趣味活動・行事などに係る費用
行事参加費	実費相当分(税込)		

※介護保険未納が一定期間に達し給付制限が発生している利用者様は上記料金表に当てはまらない場合があります。必要に応じサービス提供証明書を発行いたします。