

サービス利用料金一覧表(概算) 1割負担

2023年1月1日改訂

社会福祉法人麗寿会 元町ケアセンター 通所介護						
サービス内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位(a)	3時間以上4時間未満	368	421	477	530	585
	4時間以上5時間未満	386	442	500	557	614
	5時間以上6時間未満	567	670	773	876	979
	6時間以上7時間未満	581	686	792	897	1,003
	通常利用時間9:30~16:40 7時間以上8時間未満	655	773	896	1,018	1,142
入浴介助加算Ⅰ (b)	入浴された場合に加算されます	40	40	40	40	40
認知症加算 (※1)	(※1)高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の の方が対象です	60	60	60	60	60
単位数合計(C) 認知症加算除いた場合 サービス提供体制強化加算IIを含む	通常利用時間9:30~16:40 7時間以上8時間未満	713	831	954	1,076	1,200
サービス 提供体制強化 加算II		18	18	18	18	18
介護職員処遇改善加算 Ⅰ	(C)×5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%
介護職員特定処遇改善 加算(Ⅰ)	(C)×1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
介護職員等ベースアッ プ等支援加算	(C)×1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%

通常営業時間(9:30~16:40)ご利用された場合の概算料金です 受診・体調不良等でお休みされた場合回数には入りません(単位:円)

月の利用回数		利用者負担額(入浴・食事・おやつ代850円含む 認知症加算含まず)※1円単位若干誤差あり				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1回		1,656	1,790	1,929	2,067	2,207
2回		3,312	3,579	3,857	4,133	4,414
3回		4,969	5,369	5,786	6,200	6,620
4回	週1回ご利用の目安	6,625	7,158	7,715	8,266	8,827
5回	週1回ご利用の目安	8,281	8,948	9,643	10,333	11,034
6回		9,937	10,738	11,572	12,400	13,241
7回		11,593	12,527	13,501	14,466	15,448
8回		13,249	14,317	15,429	16,533	17,655
9回	週2回ご利用の目安	14,906	16,106	17,358	18,600	19,861
10回	週2回ご利用の目安	16,562	17,896	19,287	20,666	22,068
11回		18,218	19,686	21,215	22,733	24,275
12回		19,874	21,475	23,144	24,799	26,482
13回	週3回ご利用の目安	21,530	23,265	25,073	26,866	28,689
14回	週3回ご利用の目安	23,187	25,054	27,001	28,933	30,896
15回		24,843	26,844	28,930	30,999	33,102
16回		26,499	28,634	30,859	33,066	35,309
17回		28,155	30,423	32,788	35,133	37,516
18回	週4回ご利用の目安	29,811	32,213	34,716	37,199	39,723
19回	週4回ご利用の目安	31,467	34,002	36,645	39,266	41,930
20回		33,124	35,792	38,574	41,332	44,137

介護保険の対象となる基本単位に各加算を足し、その合計に介護職員処遇改善加算5.9%(0.059)を掛けた単位を加え、さらにその合計単位に介護職員特定処遇改善加算1.2%(0.012)に地域単価1単位当たり10.45円をかけて得た金額の1割がご利用者負担となります。 屋食代800円 おやつ代50円を加えて請求させていただきます。 オムツ代・リハビリパンツ1枚:100円 紙おむつ1枚:100円 パット1枚:30円(当施設の物を使用した場合)
 ※1) 認知症加算は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の方を対象に算定させていただきます。
 料金は非課税です。

ご利用料金は、原則口座引き落としとさせていただきます。月末締め、翌月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)の引き落としとなります。

サービス利用料金一覧表(概算) 2割負担

2023年1月1日改訂

社会福祉法人麗寿会 元町ケアセンター 通所介護						
サービス内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位(a)	3時間以上4時間未満	368	421	477	530	585
	4時間以上5時間未満	386	442	500	557	614
	5時間以上6時間未満	567	670	773	876	979
	6時間以上7時間未満	581	686	792	897	1,003
	通常利用時間9:30~16:40 7時間以上8時間未満	655	773	896	1,018	1,142
入浴介助加算Ⅰ(b)	入浴された場合に加算されます	40	40	40	40	40
認知症加算(※1)	(※1)高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の方が対象です	60	60	60	60	60
単位数合計(c) 認知症加算された場合 サービス提供体制強化加算IIを含む	通常利用時間9:30~16:40 7時間以上8時間未満	713	831	954	1,076	1,200
サービス提供体制強化加算II		18	18	18	18	18
介護職員処遇改善加算Ⅰ	(c)×5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	(c)×1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	(c)×1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%

通常営業時間(9:30~16:40)ご利用された場合の概算料金です 受診・体調不良等でお休みされた場合回数には入りません(単位:円)

月の利用回数		利用者負担額(入浴・食事・おやつ代850円含む 認知症加算含まず)※1円単位若干誤差あり				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1回		2,462	2,729	3,007	3,283	3,564
2回		4,925	5,458	6,015	6,566	7,127
3回		7,387	8,188	9,022	9,850	10,691
4回	週1回ご利用の目安	9,849	10,917	12,029	13,133	14,255
5回	週1回ご利用の目安	12,312	13,646	15,037	16,416	17,818
6回		14,774	16,375	18,044	19,699	21,382
7回		17,237	19,104	21,051	22,983	24,946
8回		19,699	21,834	24,059	26,266	28,509
9回	週2回ご利用の目安	22,161	24,563	27,066	29,549	32,073
10回	週2回ご利用の目安	24,624	27,292	30,074	32,832	35,637
11回		27,086	30,021	33,081	36,116	39,200
12回		29,548	32,750	36,088	39,399	42,764
13回	週3回ご利用の目安	32,011	35,480	39,096	42,682	46,328
14回	週3回ご利用の目安	34,473	38,209	42,103	45,965	49,891
15回		36,935	40,938	45,110	49,249	53,455
16回		39,398	43,667	48,118	52,532	57,018
17回		41,860	46,397	51,125	55,815	60,582
18回	週4回ご利用の目安	44,323	49,126	54,132	59,098	64,146
19回	週4回ご利用の目安	46,785	51,855	57,140	62,382	67,709
20回		49,247	54,584	60,147	65,665	71,273

介護保険の対象となる基本単位に各加算を足し、その合計に介護職員処遇改善加算5.9%(0.059)を掛けた単位を加え、さらにその合計単位数に介護職員特定処遇改善加算1.2%(0.012)に地域単価1単位当たり10.45円をかけて得た金額の2割がご利用者負担となります。 昼食代800円 おやつ代50円を加えて請求させていただきます。 オムツ代・リハビリパンツ1枚:100円 紙おむつ1枚:100円 パット1枚:30円(当施設の物を使用した場合)
※1) 認知症加算は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の方を対象に算定させていただきます。
料金は非課税です。

ご利用料金は、原則口座引き落としとさせていただきます。月末締め、翌月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)の引き落としとなります。

サービス利用料金一覧表(概算) 3割負担

2023年1月1日改訂

社会福祉法人麗寿会 元町ケアセンター 通所介護						
サービス内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位(a)	3時間以上4時間未満	368	421	477	530	585
	4時間以上5時間未満	386	442	500	557	614
	5時間以上6時間未満	567	670	773	876	979
	6時間以上7時間未満	581	686	792	897	1,003
	通常利用時間9:30~16:40 7時間以上8時間未満	655	773	896	1,018	1,142
入浴介助加算Ⅰ (b)	入浴された場合に加算されます	40	40	40	40	40
認知症加算 (※1)	(※1)高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上 の方が対象です	60	60	60	60	60
単位数合計(c) 認知症加算された場合 サービス提供体制強化加算Ⅱを含む	通常利用時間9:30~16:40 7時間以上8時間未満	713	831	954	1,076	1,200
サービス 提供体制強化 加算Ⅱ		18	18	18	18	18
介護職員処遇改善加算Ⅰ	(c)×5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%
介護職員特定処遇改善 加算(Ⅰ)	(c)×1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
介護職員等ベースアッ プ等支援加算	(c)×1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%

通常営業時間(9:30~16:40)ご利用された場合の概算料金です 受診・体調不良等でお休みされた場合回数には入りません(単位:円)

月の利用回数		利用者負担額(入浴・食事・おやつ代850円含む 認知症加算含まず)※1円単位若干誤差あり				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1回		3,269	3,669	4,086	4,500	4,920
2回		6,537	7,338	8,172	9,000	9,841
3回		9,806	11,006	12,258	13,500	14,761
4回	週1回ご利用の目安	13,074	14,675	16,344	17,999	19,682
5回	週1回ご利用の目安	16,343	18,344	20,430	22,499	24,602
6回		19,611	22,013	24,516	26,999	29,523
7回		22,880	25,682	28,602	31,499	34,443
8回		26,148	29,350	32,688	35,999	39,364
9回	週2回ご利用の目安	29,417	33,019	36,774	40,499	44,284
10回	週2回ご利用の目安	32,685	36,688	40,860	44,999	49,205
11回		35,954	40,357	44,946	49,499	54,125
12回		39,223	44,026	49,032	53,998	59,046
13回	週3回ご利用の目安	42,491	47,695	53,118	58,498	63,966
14回	週3回ご利用の目安	45,760	51,363	57,204	62,998	68,887
15回		49,028	55,032	61,291	67,498	73,807
16回		52,297	58,701	65,377	71,998	78,728
17回		55,565	62,370	69,463	76,498	83,648
18回	週4回ご利用の目安	58,834	66,039	73,549	80,998	88,569
19回	週4回ご利用の目安	62,102	69,707	77,635	85,497	93,489
20回		65,371	73,376	81,721	89,997	98,410

介護保険の対象となる基本単位に各加算を足し、その合計に介護職員処遇改善加算5.9%(0.059)を掛けた単位を加え、さらにその合計単位に介護職員特定処遇改善加算1.2%(0.012)に地域単価1単位当たり10.45円をかけて得た金額の3割がご利用者負担となります。 昼食代800円 おやつ代50円を加えて請求させていただきます。 オムツ代・リハビリパンツ1枚:100円 紙おむつ1枚:100円 パット1枚:30円(当施設の物を使用した場合)
 ※1)認知症加算は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の方を対象に算定させていただきます。
 料金は非課税です。

ご利用料金は、原則口座引き落としとさせていただきます。月末締め、翌月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)の引き落としとなります。

国基準通所型サービス・通所型サービスA 料 金 表

元町ケアセンター

【1】介護保険適用分

2023. 1月改定

■介護予防通所介護費

円

		基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1ヶ月(週1回利用)	1672単位	1,747	3,494	5,242
	1回(回数割り)	384単位	401	803	1,204
	サービス提供体制加算II	72単位	75	150	226
要支援2	1ヶ月(週2回利用)	3428単位	3,582	7,165	10,747
	1回(回数割り)	395単位	413	826	1,238
	サービス提供体制加算II	144単位	150	301	451

サービス提供体制加算II (介護福祉士割合50%以上70%未満)

* 予防通所介護処遇改善加算 I (1ヶ月の利用に対するサービス単位×5.9%)

* 介護職員等特定処遇改善加算 I (1ヶ月の利用に対するサービス単位×1.2%)

* 介護職員等ベースアップ等支援加算 (1ヶ月の利用に対するサービス単位×1.1%)

■サービスA

円

		基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	サービスA一体型	234単位	245	489	734
	サービス提供体制加算II	18単位	19	38	56
	送迎加算 片道	47単位	49	98	147
	入浴加算	40単位	42	84	125
要支援2	サービスA一体型	244単位	255	510	765
	サービス提供体制加算II	18単位	19	38	56
	送迎加算 片道	47単位	49	98	147
	入浴加算	40単位	42	84	125

サービス提供体制加算II (介護福祉士割合50%以上70%未満)

* サービスA処遇改善加算 I (1ヶ月の利用に対するサービス単位×5.9%)

* 介護職員等特定処遇改善加算 I (1ヶ月の利用に対するサービス単位×1.2%)

* 介護職員等ベースアップ等支援加算 (1ヶ月の利用に対するサービス単位×1.1%)

【2】実費

食事代 昼食費 800円 (非課税)/回

おやつ代 50円 (非課税)/回

○オムツ・リハビリパンツ1枚100円、紙オムツ100円パット1枚30円(非課税)

(当施設の物を使用した場合)

●キャンセル料:800円/回

※但し、次のような理由で休まれる際、所定の時間までにお申し出があった場合は、

キャンセル料を頂きません

(体調不良/受診/ご本人様・ご家族様都合等)