

サービス利用料金一覧表(概算) 1割負担

2023年5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		茅ヶ崎市は5級地です 通所介護は下記単位数に10.45を掛け介護負担割合を掛けた金額が自己負担金となります				
サービス内容 (上段:単位数/下段:自己負担金額)		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
	自己負担金額(円)	385	440	499	554	612
	4時間以上5時間未満	386	442	500	557	614
	自己負担金額(円)	404	462	523	583	642
	5時間以上6時間未満	567	670	773	876	979
	自己負担金額(円)	593	701	808	916	1,024
	6時間以上7時間未満	581	686	792	897	1,003
	自己負担金額(円)	608	717	828	938	1,049
通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満		655	773	896	1,018	1,142
	自己負担金額(円)	685	808	937	1,064	1,194
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
	自己負担金額(円)	42	42	42	42	42
認知症加算 (※1)	(※1)高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方が対象です	60	60	60	60	60
	自己負担金額(円)	63	63	63	63	63
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を含む	通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満	717	835	958	1,080	1,204
		750	873	1,002	1,129	1,259
サービス提供体制強化 加算I	1回利用で22単位	22	22	22	22	22
	自己負担金額(円)	23	23	23	23	23
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(9:30~16:30)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		1,661	1,794	1,933	2,071	2,211
2回		3,321	3,588	3,866	4,142	4,423
3回		4,982	5,382	5,800	6,213	6,634
4回	週1回ご利用の目安	6,643	7,177	7,733	8,285	8,845
5回	週1回ご利用の目安	8,304	8,971	9,666	10,356	11,057
6回		9,964	10,765	11,599	12,427	13,268
7回		11,625	12,559	13,532	14,498	15,479
8回		13,286	14,353	15,466	16,569	17,691
9回	週2回ご利用の目安	14,946	16,147	17,399	18,640	19,902
10回	週2回ご利用の目安	16,607	17,941	19,332	20,711	22,114
11回		18,268	19,735	21,265	22,783	24,325
12回		19,928	21,530	23,198	24,854	26,536
13回	週3回ご利用の目安	21,589	23,324	25,132	26,925	28,748
14回	週3回ご利用の目安	23,250	25,118	27,065	28,996	30,959
15回		24,911	26,912	28,998	31,067	33,170
16回		26,571	28,706	30,931	33,138	35,382
17回		28,232	30,500	32,864	35,209	37,593
18回	週4回ご利用の目安	29,893	32,294	34,798	37,281	39,804
19回	週4回ご利用の目安	31,553	34,088	36,731	39,352	42,016
20回		33,214	35,883	38,664	41,423	44,227

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1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Ⅲ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5月1日改訂

サービス内容 (上段:単位数/下段:自己負担金額)		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
	自己負担金額(円)	770	880	997	1,108	1,223
	4時間以上5時間未満	386	442	500	557	614
	自己負担金額(円)	807	924	1,045	1,165	1,284
	5時間以上6時間未満	567	670	773	876	979
	自己負担金額(円)	1,186	1,401	1,616	1,831	2,047
	6時間以上7時間未満	581	686	792	897	1,003
	自己負担金額(円)	1,215	1,434	1,656	1,875	2,097
通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満		655	773	896	1,018	1,142
	自己負担金額(円)	1,369	1,616	1,873	2,128	2,387
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
	自己負担金額(円)	84	84	84	84	84
認知症加算 (※1)	(※1)高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方が対象です	60	60	60	60	60
	自己負担金額(円)	126	126	126	126	126
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(をきむ)	通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満	717	835	958	1,080	1,204
		1,499	1,746	2,003	2,258	2,517
サービス提供体制強化 加算I	1回利用で22単位	22	22	22	22	22
	自己負担金額(円)	46	46	46	46	46
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(9:30~16:30)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		2,471	2,738	3,016	3,292	3,573
2回		4,943	5,477	6,033	6,585	7,145
3回		7,414	8,215	9,049	9,877	10,718
4回	週1回ご利用の目安	9,886	10,953	12,066	13,169	14,291
5回	週1回ご利用の目安	12,357	13,691	15,082	16,461	17,864
6回		14,828	16,430	18,098	19,754	21,436
7回		17,300	19,168	21,115	23,046	25,009
8回		19,771	21,906	24,131	26,338	28,582
9回	週2回ご利用の目安	22,243	24,644	27,148	29,631	32,154
10回	週2回ご利用の目安	24,714	27,383	30,164	32,923	35,727
11回		27,186	30,121	33,180	36,215	39,300
12回		29,657	32,859	36,197	39,507	42,872
13回	週3回ご利用の目安	32,128	35,597	39,213	42,800	46,445
14回	週3回ご利用の目安	34,600	38,336	42,230	46,092	50,018
15回		37,071	41,074	45,246	49,384	53,591
16回		39,543	43,812	48,262	52,677	57,163
17回		42,014	46,550	51,279	55,969	60,736
18回	週4回ご利用の目安	44,485	49,289	54,295	59,261	64,309
19回	週4回ご利用の目安	46,957	52,027	57,312	62,554	67,881
20回		49,428	54,765	60,328	65,846	71,454

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5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		茅ヶ崎市は5級地です 通所介護は下記単位数に10.45を掛け介護負担割合を掛けた金額が自己負担金となります				
サービス内容 (上段:単位数/下段:自己負担金額)		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
	自己負担金額(円)	1,154	1,320	1,496	1,662	1,834
	4時間以上5時間未満	386	442	500	557	614
	自己負担金額(円)	1,211	1,386	1,568	1,747	1,925
	5時間以上6時間未満	567	670	773	876	979
	自己負担金額(円)	1,778	2,101	2,424	2,747	3,070
	6時間以上7時間未満	581	686	792	897	1,003
	自己負担金額(円)	1,822	2,151	2,483	2,813	3,145
	通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満	655	773	896	1,018	1,142
	自己負担金額(円)	2,054	2,424	2,809	3,192	3,581
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
	自己負担金額(円)	126	126	126	126	126
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
	自己負担金額(円)	189	189	189	189	189
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を含む	通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満	717	835	958	1,080	1,204
	自己負担金額(円)	2,248	2,618	3,004	3,386	3,775
サービス 提供体制強化 加算I	1回利用で22単位	22	22	22	22	22
	自己負担金額(円)	69	69	69	69	69
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(9:30~16:30)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		3,282	3,682	4,100	4,513	4,934
2回		6,564	7,365	8,199	9,027	9,868
3回		9,846	11,047	12,299	13,540	14,802
4回	週1回ご利用の目安	13,128	14,730	16,398	18,054	19,736
5回	週1回ご利用の目安	16,411	18,412	20,498	22,567	24,670
6回		19,693	22,094	24,598	27,081	29,604
7回		22,975	25,777	28,697	31,594	34,538
8回		26,257	29,459	32,797	36,107	39,472
9回	週2回ご利用の目安	29,539	33,141	36,896	40,621	44,406
10回	週2回ご利用の目安	32,821	36,824	40,996	45,134	49,341
11回		36,103	40,506	45,096	49,648	54,275
12回		39,385	44,189	49,195	54,161	59,209
13回	週3回ご利用の目安	42,667	47,871	53,295	58,675	64,143
14回	週3回ご利用の目安	45,950	51,553	57,394	63,188	69,077
15回		49,232	55,236	61,494	67,702	74,011
16回		52,514	58,918	65,594	72,215	78,945
17回		55,796	62,600	69,693	76,728	83,879
18回	週4回ご利用の目安	59,078	66,283	73,793	81,242	88,813
19回	週4回ご利用の目安	62,360	69,965	77,892	85,755	93,747
20回		65,642	73,648	81,992	90,269	98,681

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. 4月改定

■国基準通所型サービス費

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	1,748	3,495	5,242
	1回(回数割り)	384単位	402	803	1,204
	サービス提供体制強化加算I1	88単位	92	184	276
要支援2	1ヶ月(週2回利用)	3428単位	3,583	7,165	10,747
	1回(回数割り)	395単位	413	826	1,239
	サービス提供体制強化加算I2	176単位	184	368	552

サービス提供体制強化加算I (介護福祉士割合70%以上)

* 介護職員処遇改善加算 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%)

* キャンセル料: 800円(食事代相当分)

■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
	サービス提供体制強化加算I	22単位	23	46	69
	送迎加算 片道	47単位	50	99	148
	入浴加算	40単位	42	84	126
要支援2	サービスA一体型	244単位	255	510	765
	サービス提供体制強化加算I	22単位	23	46	69
	送迎加算 片道	47単位	50	99	148
	入浴加算	40単位	42	84	126

サービス提供体制強化加算I(介護福祉士割合70%以上)

* 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%)

* キャンセル料: 800円(食事代相当分)

【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)