

サービス利用料金一覧表(概算) 1割負担

2024年6月1日改訂
この料金表は2024年6月1日から適用

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	370	423	479	533	588
	自己負担金額(円)	387	443	501	557	615
	4時間以上5時間未満	388	444	502	560	617
	自己負担金額(円)	406	464	525	586	645
	5時間以上6時間未満	570	673	777	880	984
	自己負担金額(円)	596	704	812	920	1,029
	6時間以上7時間未満	584	689	796	901	1,008
	自己負担金額(円)	611	721	832	942	1,054
入浴介助加算1 (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IIIa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
サービス提供体制強化加算1 (c)	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
単位数合計(D) 認知症加算除いた場合 (a)+(b)+(c)	通常利用時間9:30~16:30	720	839	962	1,085	1,210
	7時間以上8時間未満	753	877	1,006	1,134	1,265
介護職員等処遇改善加算 ₁	(D)×9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%

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		1,672	1,807	1,948	2,088	2,231
2回		3,343	3,615	3,896	4,176	4,462
3回		5,015	5,422	5,843	6,264	6,692
4回	週1回ご利用の目安	6,686	7,230	7,791	8,353	8,923
5回	週1回ご利用の目安	8,358	9,037	9,739	10,441	11,154
6回		10,030	10,844	11,687	12,529	13,385
7回		11,701	12,652	13,634	14,617	15,615
8回		13,373	14,459	15,582	16,705	17,846
9回	週2回ご利用の目安	15,045	16,267	17,530	18,793	20,077
10回	週2回ご利用の目安	16,716	18,074	19,478	20,881	22,308
11回		18,388	19,882	21,426	22,970	24,539
12回		20,059	21,689	23,373	25,058	26,769
13回	週3回ご利用の目安	21,731	23,496	25,321	27,146	29,000
14回	週3回ご利用の目安	23,403	25,304	27,269	29,234	31,231
15回		25,074	27,111	29,217	31,322	33,462
16回		26,746	28,919	31,164	33,410	35,692
17回		28,418	30,726	33,112	35,498	37,923
18回	週4回ご利用の目安	30,089	32,533	35,060	37,586	40,154
19回	週4回ご利用の目安	31,761	34,341	37,008	39,675	42,385
20回		33,432	36,148	38,956	41,763	44,616

介護保険の対象となる基本単位(a)に各加算(b)(c)を足し、その合計(D)に介護職員処遇改善加算9.2%(0.092)を掛けた数値に、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 バット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

2024年6月1日改訂
この料金表は2024年6月1日から適用

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	370	423	479	533	588
	自己負担金額(円)	774	885	1,002	1,114	1,229
	4時間以上5時間未満	388	444	502	560	617
	自己負担金額(円)	811	928	1,050	1,171	1,290
	5時間以上6時間未満	570	673	777	880	984
	自己負担金額(円)	1,192	1,407	1,624	1,840	2,057
	6時間以上7時間未満	584	689	796	901	1,008
	自己負担金額(円)	1,221	1,441	1,664	1,884	2,107
通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満		658	777	900	1,023	1,148
	自己負担金額(円)	1,376	1,624	1,881	2,139	2,400
入浴介助加算1 (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Ⅲa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
サービス提供体制強化加算1 (c)	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
単位数合計(D) 認知症加算除いた場合 (a)+(b)+(c)	通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満	720	839	962	1,085	1,210
		1,505	1,754	2,011	2,268	2,529
介護職員処遇改善加算 I	(D)×9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%

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		2,493	2,765	3,046	3,326	3,612
2回		4,986	5,530	6,091	6,653	7,223
3回		7,480	8,294	9,137	9,979	10,835
4回	週1回ご利用の目安	9,973	11,059	12,182	13,305	14,446
5回	週1回ご利用の目安	12,466	13,824	15,228	16,631	18,058
6回		14,959	16,589	18,273	19,958	21,669
7回		17,453	19,354	21,319	23,284	25,281
8回		19,946	22,119	24,364	26,610	28,892
9回	週2回ご利用の目安	22,439	24,883	27,410	29,936	32,504
10回	週2回ご利用の目安	24,932	27,648	30,456	33,263	36,116
11回		27,426	30,413	33,501	36,589	39,727
12回		29,919	33,178	36,547	39,915	43,339
13回	週3回ご利用の目安	32,412	35,943	39,592	43,242	46,950
14回	週3回ご利用の目安	34,905	38,708	42,638	46,568	50,562
15回		37,399	41,472	45,683	49,894	54,173
16回		39,892	44,237	48,729	53,220	57,785
17回		42,385	47,002	51,774	56,547	61,396
18回	週4回ご利用の目安	44,878	49,767	54,820	59,873	65,008
19回	週4回ご利用の目安	47,372	52,532	57,866	63,199	68,620
20回		49,865	55,297	60,911	66,525	72,231

介護保険の対象となる基本単位(a)に各加算(b)(c)を足し、その合計(D)に介護職員処遇改善加算9.2%(0.092)を掛けた数値に、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

2024年6月1日改訂
この料金は2024年6月1日から適用

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	370	423	479	533	588
	自己負担金額(円)	1,160	1,327	1,502	1,671	1,844
	4時間以上5時間未満	388	444	502	560	617
	自己負担金額(円)	1,217	1,392	1,574	1,756	1,935
	5時間以上6時間未満	570	673	777	880	984
	自己負担金額(円)	1,787	2,110	2,436	2,759	3,085
	6時間以上7時間未満	584	689	796	901	1,008
	自己負担金額(円)	1,831	2,161	2,496	2,825	3,161
通常利用時間9:30~16:30 7時間以上8時間未満		658	777	900	1,023	1,148
	自己負担金額(円)	2,063	2,436	2,822	3,208	3,599
入浴介助加算1 (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Ⅲ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
サービス提供体制強化加算1 (c)	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
単位数合計(D) 認知症加算除いた場合 (a)+(b)+(c)	通常利用時間9:30~16:30	720	839	962	1,085	1,210
	7時間以上8時間未満	2,258	2,631	3,016	3,402	3,794
介護職員処遇改善加算 I	(D)×9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%

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		3,315	3,722	4,143	4,564	4,992
2回		6,630	7,444	8,287	9,129	9,985
3回		9,945	11,167	12,430	13,693	14,977
4回	週1回ご利用の目安	13,259	14,889	16,573	18,258	19,969
5回	週1回ご利用の目安	16,574	18,611	20,717	22,822	24,962
6回		19,889	22,333	24,860	27,386	29,954
7回		23,204	26,056	29,003	31,951	34,946
8回		26,519	29,778	33,147	36,515	39,939
9回	週2回ご利用の目安	29,834	33,500	37,290	41,080	44,931
10回	週2回ご利用の目安	33,149	37,222	41,433	45,644	49,923
11回		36,463	40,945	45,577	50,209	54,916
12回		39,778	44,667	49,720	54,773	59,908
13回	週3回ご利用の目安	43,093	48,389	53,863	59,337	64,900
14回	週3回ご利用の目安	46,408	52,111	58,007	63,902	69,893
15回		49,723	55,834	62,150	68,466	74,885
16回		53,038	59,556	66,293	73,031	79,877
17回		56,353	63,278	70,437	77,595	84,870
18回	週4回ご利用の目安	59,668	67,000	74,580	82,159	89,862
19回	週4回ご利用の目安	62,982	70,723	78,723	86,724	94,854
20回		66,297	74,445	82,867	91,288	99,847

介護保険の対象となる基本単位(a)に各加算(b)(c)を足し、その合計(D)に介護職員処遇改善加算9.2%(0.092)を掛けた数値に、地域単価1単位当り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

2024. 6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)	1798単位	1,879	3,758	5,637
	1回(回数割り)	436単位	456	912	1,367
	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)	3621単位	3,784	7,568	11,352
	1回(回数割り)	447単位	468	935	1,402
	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)

* 介護職員等処遇改善加算 I (1ヶ月の利用に対するサービス単位×9.2%)

* 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	288単位	301	602	903
	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	297単位	311	621	932
	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)

* 介護職員等処遇改善加算 I (1ヶ月の利用に対するサービス単位×9.2%)

* 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)