

## ゆうらく苑デイサービスセンター(通常規模型)利用料金表

## ◇通所介護

令和6年4月からの新単価(送迎を含む1回の利用です)

一割負担額 : 単位 円

利用料金の額	所要時間7時間以上 8時間未満の場合	
要介護 1	658	
要介護 2	777	
要介護 3	900	
要介護 4	1,023	
要介護 5	1,148	
感染症災害等加算	基本報酬×3%	適用期間
入浴加算 I	40	
中重度者ケア体制加算	45	
サービス体制強化加算 I	22	
若年性認知症利用者 受入加算	60	40歳以上～65歳未満
口腔栄養スクリーニング 加算 I	20	利用開始時及び 6ヶ月ごとに
介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の利用総単位数×5.9%	
介護職員等特定処遇改 善加算 I	1ヶ月の利用総単位数×1.2%	
介護職員等ベースアップ 等支援加算	1ヶ月の利用総単位数×1.1%	
食材料費 食事提供者に加算	800	

## ◇中津川市総合事業(通所型) (基本単位:送迎・入浴含む)

単位:円

要支援 1	1798	月額	要支援 2	3621	月額
サービス体制強化加算 I	88	月額	サービス体制強化加算 I	176	月額
若年性認知症利用者 受入加算	240	月額 対象者	若年性認知症利用者 受入加算	240	月額 対象者
口腔栄養スクリーニング 加算 I	20	利用開始時 及び6ヶ月ご とに	口腔栄養スクリーニング 加算 I	20	利用開始時 及び6ヶ月ご とに
介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の総単位数 ×5.9%		介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の総単位数 ×5.9%	
介護職員等特定処遇改 善加算 I	1ヶ月の総単位数 ×1.2%		介護職員等特定処遇改 善加算 I	1ヶ月の総単位数 ×1.2%	
介護職員等ベースアップ 等支援加算	1ヶ月の総単位数 ×1.1%		介護職員等ベースアップ 等支援加算	1ヶ月の総単位数 ×1.1%	
食材料費 食事提供者に加算	800	1回ごと	食材料費 食事提供者に加算	800	1回ごと

\* 上記利用者様の負担は、介護保険全体の一割になります。

## ◇日用品諸費料金表

単位:円

処置ガーゼ代	床ズレや皮膚疾患の処置が必要な場合	L	100	S	50	
消耗品代	テープ付き紙オムツ	100	マスク			50
	パンツ型	150	ケアリーブ 特大			80
	尿取りパット	50	大			50
	吸引パック・凝固剤	170	中			30
	ハミングッド(口腔清拭用)	25	連絡帳(紛失した場合)			100
その他	( )	実費				

【注】利用者様に持参して頂くのがたてまえです。

1回のご利用金額

円 1ヶ月の合計金額

円

同意 年 月 日