

社会福祉法人 墨友会 高齢者福祉施設 サンヴェール三城
デイサービス三城 (通常規模型通所介護) 料金表

利用定員 30名

通所介護 (7時間以上8時間未満)

令和4年4月

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
A	介護基本	655	773	896	1,018	1,142
B (加算)	個別機能訓練加算 I (口)	85	85	85	85	85
	入浴加算	40	40	40	40	40
	サービス提供体制加算 II	18	18	18	18	18
	科学的介護推進体制加算 (40/月)	40	40	40	40	40
C	計 A+B	838	956	1,079	1,201	1,325
D	介護職員処遇改善加算 I	49	56	64	71	78
E	特定処遇改善加算 I	10	11	13	14	16
F	介護報酬 単位数合計 C+D+E	897	1,023	1,156	1,286	1,419
G	介護報酬 F×地域加算単価(10.14円)	9,095	10,373	11,721	13,040	14,388
H	介護報酬負担額 [円]	910	1,038	1,173	1,304	1,439

※個別機能訓練加算、入浴加算はサービス提供が無かった場合は加算されません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

[円]

H	介護報酬負担額	910	1,038	1,173	1,304	1,439
I	食費負担額	750	750	750	750	750
J	その他負担額					
K	利用者負担金 計	1,660	1,788	1,923	2,054	2,189

通所介護相当サービス (大垣市)

要介護度		要支援1		要支援2	
A	月間利用回数	1	4	1	8
B	介護基本 日額	384	384	395	395
C	介護基本 月額 B×回数	384	1,536	395	3,160
D	サービス提供体制加算 II	72	72	144	144
E	運動器機能向上加算	225	225	225	225
F	介護報酬 単位数合計 C+D+E	681	1,833	764	3,529
G	介護報酬 F×地域加算単価(10.14円)	6,905	18,586	7,746	35,784
H	介護報酬負担額 [円]	691	1,859	775	3,579

※運動器機能向上加算(ご利用回数に関係なく1ヶ月に一度の加算です)はサービス提供が無かった場合は加算されません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

[円]

G	介護報酬負担額	691	1,859	775	3,579
H	食費負担額	750	3,000	750	6,000
I	その他負担額				
J	利用者負担金 計 G+H	1,441	4,859	1,525	9,579

通所型サービスA (安八郡)

要介護度		要支援1		要支援2	
A	月間利用回数	1	4	1	8
B	介護基本 日額	384	384	395	395
C	介護基本 月額 A×B	384	1,536	395	3,160
D (加算)	入浴加算 A×60/1回	60	240	60	480
	送迎加算 A×15/片道×2	30	120	30	240
E	単位数合計 C+D	474	1,896	485	3,880
F	介護報酬 計 E×10円	4,740	18,960	4,850	38,800
G	介護報酬負担額 [円]	474	1,896	485	3,880

※入浴加算、送迎加算はサービス提供が無かった場合は加算されません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

[円]

G	介護報酬負担額	474	1,896	485	3,880
H	食費負担額	750	3,000	750	6,000
I	その他負担額				
J	利用者負担金 計 G+H	1,224	4,896	1,235	9,880

※負担割合が2割負担の方はHの額が2倍、3割負担の方はHの額は3倍となります。

デイサービス三城

(大垣市東町四丁目45番地1) ☎ 0584-84-2103

処遇(特定)改善加算:四捨五入

地域加算:切り捨て

介護報酬負担額:繰り上げ

地域加算:切り捨て

介護報酬負担額:繰り上げ