

# 澁川市子持デイサービスセンター利用料金のご案内 (令和2年4月1日現在)

指 定 第1072200411号  
**【指定通所介護及び総合事業指定第1号通所事業】**  
 住 所 澁川市吹屋658番地20  
 連 絡 先 TEL 0279-60-6810 FAX 0279-24-6231  
 利 用 定 員 33人  
 営 業 日 月～土 (12月29日から1月3日までを除きます)  
 営 業 時 間 午前8時30分～午後5時15分  
 サービス提供時間 午前9時45分～午後3時45分  
 営 業 形 態 通常規模型 (6時間以上7時間未満)



## 要支援又は事業対象者の認定を受けた方 (総合事業指定第1号通所事業)

利用料金(自己負担額)は、下表のとおり1か月単位で算定しますが、負担割合は利用者様の所得状況に応じて1割から3割となりますので『介護保険負担割合証』によりご確認ください。

1か月の利用料金は、次の料金表のうち1から5までの合計額となります。

No.	区 分	単位数	利用料金 (1)	負担割合	介護保険給付 (2)	利用者負担額 (1) - (2)
1	要支援1 事業対象者	1,655単位	16,781円	1割負担	15,102円	1,679円
				2割負担	13,424円	3,357円
				3割負担	11,746円	5,035円
	要支援2 事業対象者	3,393単位	34,405円	1割負担	30,964円	3,441円
				2割負担	27,524円	6,881円
				3割負担	24,083円	10,322円
2	サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	24単位 (要支援1) (事業対象者)	243円	1割負担	218円	25円
				2割負担	194円	49円
				3割負担	170円	73円
		48単位 (要支援2) (事業対象者)	486円	1割負担	437円	49円
				2割負担	388円	98円
				3割負担	340円	146円
3	運動器機能向上加算 (要支援1・2及び事業対象者)	225単位	2,281円	1割負担	2,052円	229円
				2割負担	1,824円	457円
				3割負担	1,596円	685円
4	介護職員処遇改善加算Ⅰ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	サービス総単位数×(加算Ⅰ5.9% +加算Ⅱ1.0%)×10.14円=A		1割負担	A×0.9	A×0.1
				2割負担	A×0.8	A×0.2
				3割負担	A×0.7	A×0.3
5	食 費		実費負担			500円 ×提供回数

※介護保険給付支給限度額を超えるサービス、レクリエーション費用、日常生活上必要となる諸費用については全額自己負担、澁川市以外の送迎については片道500円の実費負担となります。

※1については、介護保険法で定める一定基準を満たす場合のみ日割り算定を行いますが、2及び3については、日割り算定を行いません。

※3及び5については、サービスの提供がない場合は請求を行いません。