

## 渋川市小野上デイサービスセンター利用料金のご案内

指 定	第1070800485号	
		【指定通所介護、指定介護予防通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業】
住 所	渋川市小野子9番地1	
連 絡 先	T E L 0279-30-8008	F A X 0279-30-8009
利 用 定 員	35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4時15分	
営 業 形 態	通常規模型通所介護（5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

（介護予防・日常生活支援総合事業又は指定介護予防通所介護）

利用料金は、下表のとおり1か月単位で算定を行います。

1か月あたりの利用料金は、次の料金表のうち1から5までの合計額となります。

なお、自己負担額は介護保険法に基づく所得状況に応じて1割又は2割となりますので、『介護保険負担割合証』等により、負担割合をご確認ください。

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	1,647単位	16,700円	1割負担	15,030円	1,670円
				2割負担	13,360円	3,340円
	要支援2 事業対象者	3,377単位	34,242円	1割負担	30,817円	3,425円
				2割負担	27,393円	6,849円
2	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）ロ	要支援1 48単位	486円	1割負担	437円	49円
				2割負担	388円	98円
		要支援2 96単位	973円	1割負担	875円	98円
				2割負担	778円	195円
3	運動器機能向上 加算	225単位	2,281円	1割負担	2,052円	229円
				2割負担	1,824円	457円
4	介護職員処遇改善 加算（Ⅱ）	1～3までの合計単位数 ×4.3%×10.14円		1割負担	左記の9割	左記の1割
				2割負担	左記の8割	左記の2割
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、渋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を除いては、日割り算定を行いません。

※2及び3については、日割り算定を行いません。

※3については、ご希望に応じてサービス提供を行います。