

## 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6年6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 月曜日から土曜日  
 (12月29日から1月3日までを除く)

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 (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人 (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	1,798単位	18,231円	1割負担	16,407円	1,824円
				2割負担	14,584円	3,647円
				3割負担	12,761円	5,470円
	要支援2 事業対象者	3,621単位	36,716円	1割負担	33,044円	3,672円
				2割負担	29,372円	7,344円
				3割負担	25,701円	11,015円
2	サービス提供体制 強化加算Ⅲ	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	科学的介護推進体制 加算(1か月)	40単位	405円	1割負担	364円	41円
				2割負担	324円	81円
				3割負担	283円	122円
4	介護職員等処遇改善 加算Ⅴ(3)	(総単位数×7.9%) ×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				600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には、日割り算定を行いません。
- ・5は、サービスの提供がない場合は請求を行いません。