

別紙(料金表:要介護者用)

指定地域密着型通所介護事業所利用料金 (1割負担)
 (第1デイサービスセンター:令和1年10月1日～) 氏名 _____ 様

基本料金①			加算②	加算③	その他④	個人負担額
要介護度	5-6時間	6-7時間				(1回当たり目安) 6-7時間
要介護1	645円	666円	サービス提供体制強化加算 18円	介護職員 処遇改善加算 I (①+②)×5.9% + 特定処遇改善加算 I (①+②)×1.2%	食 費 550円 (×利用回数)	1,545円
要介護2	761円	786円	中重度者ケア体制加算 45円			1,673円
要介護3	879円	908円	入浴介助加算 50円			1,804円
要介護4	995円	1,029円	口腔機能向上加算(1回) 150円			1,934円
要介護5	1,113円	1,150円	(口腔機能は1ヵ月に2回まで)			2,063円
基本料金①			加算②	加算③	その他④	個人負担額
要介護度	7-8時間	8-9時間				(1回当たり目安) 7-8時間
要介護1	739円	768円	サービス提供体制強化加算 18円	介護職員 処遇改善加算 I (①+②)×5.9% + 特定処遇改善加算 I (①+②)×1.2%	食 費 550円 (×利用回数)	1,623円
要介護2	873円	908円	中重度者ケア体制加算 45円			1,767円
要介護3	1,012円	1,052円	入浴介助加算 50円			1,916円
要介護4	1,150円	1,197円	口腔機能向上加算(1回) 150円			2,063円
要介護5	1,288円	1,339円	(口腔機能は1ヵ月に2回まで)			2,211円

※個人負担額は、全ての加算を算定した場合の1回当たりの額。

※認知症加算該当者は認知症加算(60円)と処遇改善加算 I + 特定処遇改善加算 I の計64円追加となります。

上記につき説明を受け同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印

※負担割合は上越市より示される負担割合証に応じたご利用料金となります。