

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:平成30年4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	641円	662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%	食費 500円 (×利用回数)	1,480円
要介護2	757円	782円	中重度者ケア体制加算 45円			1,607円
要介護3	874円	903円	入浴介助加算 50円			1,735円
要介護4	990円	1,023円	口腔機能向上加算(1回) 150円			1,862円
要介護5	1,107円	1,144円	(口腔機能は1ヵ月に2回まで)			1,990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	735円	764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%	食費 500円 (×利用回数)	1,557円
要介護2	868円	903円	中重度者ケア体制加算 45円			1,698円
要介護3	1,006円	1,046円	入浴介助加算 50円			1,844円
要介護4	1,144円	1,190円	口腔機能向上加算(1回) 150円			1,990円
要介護5	1,281円	1,332円	(口腔機能は1ヵ月に2回まで)			2,135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。

※認知症加算該当の場合は、認知症加算(60円)と処遇改善加算 I (4円)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。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

※平成30年8月から所得に応じて3割負担が開始されます。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。