

社会福祉法人かすかわ会 デイサービスセンター元気の郷 利用料金一覧
(指 定 通 所 介 護 事 業)

1. 介護保険給付対象利用料（自己負担額） [地域区分7級地1単位あたり10,14円]

①通所介護利用料

1日あたり（利用時間は原則として7時間以上8時間未満とする）

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護度1	368円	385円	566円	581円	655円
要介護度2	421円	442円	670円	686円	772円
要介護度3	477円	500円	772円	791円	896円
要介護度4	560円	556円	876円	897円	1,018円
要介護度5	585円	614円	978円	1,002円	1,140円

※端数処理のため多少金額に変動がございます。

②入浴介助加算

1日につき51円

③通所介護処遇改善加算Ⅱ

1月につき 所定単位数の43/1000

※指定施設介護サービスを提供した場合の利用料に額は、介護報酬告示上の額とし、当該指定施設介護サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

2. 介護保険給付対象外利用料

①食事の提供に要する費用

一律690円

②オムツ等の代金

紙オムツ・リハビリパンツ 1枚あたり100円

パット 1枚あたり30円

③通常実施区域外（前橋市粕川町外）送迎費

片道10キロメートル以上につき300円

④支給限度額超過費用

全額自己負担（超過分を介護報酬告示上の額で算出）

⑤上記の他、レクリエーション等に係る費用は実費相当額を負担していただきます。

社会福祉法人かすかわ会 デイサービスセンター元気の郷
介護予防通所介護相当サービス事業 利用料金一覧

1 利用料（自己負担金）

① 介護予防通所介護相当サービス利用料（1月あたり）

要支援1、新総合事業対象者	1,670円
要支援2、新総合事業対象者	3,425円

② 予防通所介護処遇改善加算Ⅱ 所定単位数の43/1000

※ 法定代理受領の場合、介護報酬告示上の額（上記金額の10倍の額）の1割が自己負担となり、それ以外の場合は介護報酬告示上の額が自己負担となります。

2. 介護保険給付対象外利用料

① 食事の提供に要する費用

1 律690円

② オムツ等の代金

紙オムツ・リハビリパンツ1枚あたり100円

パット1枚あたり30円

③ 通常実施区域外（前橋市粕川町外）送迎費

片道10キロメートル以上につき300円

④ 上記の他、レクリエーション等に係る費用は実費相当額を負担していただきます。