

介護予防通所介護事業・第1号通所事業

1 介護保険適用サービス

〇月単位の利用料金となります。利用をお休みされた場合でも、日割り計算はしませんので、ご了承ください。

支援度	基本利用料	サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護保険適用サービス計	介護職員処遇改善加算Ⅲ	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	介護保険適用分計	介護保険適用分計① (地域加算含む)	利用日目安	(単位:円)
要支援1	1,672	88	1,760	40	21	1,821	1,871	週1回	
要支援2	3,428	176	3,604	83	43	3,730	3,831	週2回	
備考	※送迎・入浴を含む	※加算事業					※1割負担分		



2 介護保険適用外サービス

〇支援度に関係なく、1回の利用にかかります。利用をお休みされた場合は費用はかかりません。

支援度	昼食代	レクリエーション等材料費	介護保険適用外サービス計②	(単位:円)
要支援1	600	50	650	
要支援2	600	50	650	

3 一月の利用料合計額(参考)

〇一月が4週で利用された場合

支援度	介護保険適用サービス計①	介護保険適用外サービス計②	一月あたりの利用回数	介護保険適用外サービス合計③	利用料合計①+③
要支援1	1,871	650	4	2,600	4,471
要支援2	3,831	650	8	5,200	9,031
備考	一月あたり	一日あたり			

