

多摩済生ケアセンターデイサービスご利用料金

わかさ・地域密着型・認知症対応型通所介護費(ii)

| サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-----|-------------|-----|-------------|-------|-------------------|--|-------------|-------|-------------|-------|
| 介護度 | 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 | | 8時間以上～9時間未満 | |
| | 前 | 後 | 前 | 後 | 前 | 後 | 前 | 後 | 前 | 後 | 前 | 後 |
| 支援1 | 427 | 428 | 447 | 448 | 664 | 666 | 681 | 683 | 769 | 771 | 794 | 796 |
| 支援2 | 474 | 475 | 496 | 497 | 740 | 742 | 759 | 761 | 859 | 862 | 886 | 889 |
| 1 | 489 | 490 | 512 | 514 | 767 | 769 | 786 | 788 | 889 | 892 | 917 | 920 |
| 2 | 538 | 540 | 563 | 565 | 849 | 852 | 871 | 874 | 984 | 987 | 1,015 | 1,018 |
| 3 | 586 | 588 | 615 | 617 | 931 | 934 | 955 | 958 | 1,081 | 1,084 | 1,115 | 1,118 |
| 4 | 636 | 638 | 666 | 668 | 1,011 | 1,014 | 1,037 | 1,040 | 1,177 | 1,181 | 1,215 | 1,219 |
| 5 | 685 | 687 | 717 | 719 | 1,094 | 1,097 | 1,122 | 1,125 | 1,272 | 1,276 | 1,314 | 1,318 |
| 各種加算 | 項目 | | 算定 | | 単位数 | | 項目 | | 算定 | | 単位数 | |
| | 入浴介助加算(Ⅰ) | | 日 | | 40 | | 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | | 6月に1回 | | 20 | |
| | 個別機能訓練加算(Ⅰ) | | 日 | | 27 | | 科学的介護推進体制加算 | | 月 | | 40 | |
| | 個別機能訓練加算(Ⅱ) | | 月 | | 20 | | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | | 回 | | 22 | |
| 保険外費用 | <p>■昼食費 763円(おやつ代含む)</p> <p>■その他の実費 150円 陶芸、手芸用材料、用紙代、紙おむつ他</p> <p>■キャンセル代：前日17時を過ぎてのキャンセルは、食費(おやつ含む)763円をお支払いいただきます。</p> | | | | | | お支払方法 | <p>■ご指定の金融機関預金口座振替でお支払い願います。</p> <p>■1ヵ月単位で請求・明細書を発行し、翌月13日頃郵送お届けします。</p> <p>■23日を振替日とさせていただきます。領収・明細書を後送しますので、大切に保管下さい。</p> | | | | |
| | <p>■1ヵ月当たりの通所介護サービス費は下記の1～3の①～③の合計に地域加算10.83円を乗じた額(切り捨て)に対し、介護保険負担割合証の負担割合に応じた額と回数に応じた昼食費、使用した分のその他実費を加えた額になります。</p> <p>1. (単位数+個別加算) + 体制加算 × 利用日数 = ①総単位数 (四捨五入)</p> <p>2. ① × 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)0.104 = ② (四捨五入)</p> <p>3. ① × 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)0.031 = ③ (四捨五入)</p> <p>■介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。</p> | | | | | | | | | | | |
| 計算方法 | <p>■1ヵ月当たりの通所介護サービス費は下記の1～3の①～③の合計に地域加算10.83円を乗じた額(切り捨て)に対し、介護保険負担割合証の負担割合に応じた額と回数に応じた昼食費、使用した分のその他実費を加えた額になります。</p> <p>1. (単位数+個別加算) + 体制加算 × 利用日数 = ①総単位数 (四捨五入)</p> <p>2. ① × 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)0.104 = ② (四捨五入)</p> <p>3. ① × 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)0.031 = ③ (四捨五入)</p> <p>■介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。</p> | | | | | | | | | | | |
| | <p>■1ヵ月当たりの通所介護サービス費は下記の1～3の①～③の合計に地域加算10.83円を乗じた額(切り捨て)に対し、介護保険負担割合証の負担割合に応じた額と回数に応じた昼食費、使用した分のその他実費を加えた額になります。</p> <p>1. (単位数+個別加算) + 体制加算 × 利用日数 = ①総単位数 (四捨五入)</p> <p>2. ① × 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)0.104 = ② (四捨五入)</p> <p>3. ① × 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)0.031 = ③ (四捨五入)</p> <p>■介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。</p> | | | | | | | | | | | |