

〈介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業（介護予防通所介護相当）料金表〉

伊丹市総合事業第一号通所事業

地域区分単価：10.45円

①基本サービス

	月の利用回数	基本単位	利用者負担額			備 考
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要支援 1	4 回まで	436単位/回	¥455	¥910	¥1,365	週 1 回程度の利用 1月当たりの単位で算定
	4 回超	1,798単位/月	¥1,879	¥3,758	¥5,637	
要支援 2	8 回まで	447単位/回	¥467	¥934	¥1,401	週 2 回程度の利用 1月当たりの単位で算定
	8 回超	3,621単位/月	¥3,784	¥7,568	¥11,352	

②加算サービス

加算項目	単位数	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
若年性認知症受入加算	240	¥2,508	¥250	¥501	¥752	1ヶ月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要支援1）	88	¥919	¥91	¥183	¥275	1ヶ月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要支援2）	176	¥1,839	¥183	¥363	¥551	1ヶ月につき
科学的介護推進体制加算	40	¥418	¥41	¥82	¥123	1ヶ月につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ	9.2%	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数（所定単位数）の9.2%				

※ 上記金額は、端数処理の関係で実際の請求金額と若干の相違が発生する場合がございます。

<介護保険外料金表>

サービス	費 用
食事代	550円
おやつ代	150円
リハビリパンツ	100円／1枚
尿取りパッド	50円／1枚
レクリエーション	材料費、交通費、入場料などの実費
複写物の交付	コピー代
通常実施地域以外の送迎費	実費
その他	日常生活に関する費用で、利用者が負担することが 適当と認められる費用

令和 年 月 日

上記、利用料金を理解した上で同意致します。

【ご利用者名】 _____

【ご利用者代理人】 _____