重要事項説明書別紙①

デイサービスセンター ほたる

サービス　料金表（介護保険負担割合証3割の方）

令和8年8月1日

【通所介護サービス費（1日あたり）】

	介護保険対象の自己負担額（1割）										
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	③ 科学的介護推進体制加算	④ 入浴介助加算（Ⅰ）	⑤ 個別機能訓練加算 （Ⅰ）イ又は（Ⅰ）ロ	⑥ 個別機能訓練加算（Ⅱ）	⑦ 口腔機能向上加算 （月2回まで）	⑧ 栄養改善加算 （月2回まで）	⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ） （6月に1回まで）	⑩ ADL維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ） 各月でどちらか一方のみ算定可	⑪ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ
要介護1	1,752円	66円	120円	120円	（Ⅰ）イ 168円 （Ⅰ）ロ 228円	60円	450円	600円	（Ⅰ）60円 （Ⅱ）15円	（Ⅰ） 90円 （Ⅱ） 180円	①～⑩の合計の12.0%
要介護2	2,067円										
要介護3	2,388円										
要介護4	2,703円										
要介護5	3,024円										

【指定相当通所型サービス費（1か月あたり）】

	介護保険対象の自己負担額（3割）						
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	③ 科学的介護推進体制加算	④ 口腔機能向上加算	⑤ 栄養改善加算	⑥口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	⑦ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ
要支援1及び事業対象者	5,394円	264円	120円	450円	600円	（Ⅰ）60円 （Ⅱ）15円	①～⑥の合計の12.0%
要支援2	10,863円	528円					

＊通所介護サービス費、指定相当通所型サービス費に明記されている利用料金は、介護保険給付額の1割となっております。
＊事業実施地域（旭川市内）以外の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合、所定単位数の5%が加算となります。

【介護保険外共通】

介護保険対象外の自己負担（全額）				
食費（1食あたり）	おむつ代		理美容代（1回あたり）	原材料費
	紙パンツ（1枚あたり）	尿取りパッド（1枚あたり）		
680円	90円	20円	500円	実費

※ 　の部分が令和8年8月1日より変更になりました。

＊食費・おむつ代・理美容代・原材料費（主にレクリエーション分）は、全額自己負担となります。

重要事項説明書別紙①

デイサービスセンター ほたる

サービス　料金表（介護保険負担割合証2割の方）

令和8年8月1日

【通所介護サービス費（1日あたり）】

	介護保険対象の自己負担額（1割）										
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	③ 科学的介護推進体制加算	④ 入浴介助加算（Ⅰ）	⑤ 個別機能訓練加算 （Ⅰ）イ又は（Ⅰ）ロ	⑥ 個別機能訓練加算 （Ⅱ）	⑦ 口腔機能向上加算 （月2回まで）	⑧ 栄養改善加算 （月2回まで）	⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ） （6月に1回まで）	⑩ ADL維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ） 各月でどちらか一方のみ算定可	⑪介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ
要介護1	1,168円	44円	80円	80円	（Ⅰ）イ 112円 （Ⅰ）ロ 152円	40円	300円	400円	（Ⅰ）40円 （Ⅱ）10円	（Ⅰ）60円 （Ⅱ）120円	①～⑩の合計の12.0%
要介護2	1,378円										
要介護3	1,592円										
要介護4	1,802円										
要介護5	2,016円										

【指定相当通所型サービス費（1か月あたり）】

	介護保険対象の自己負担額（2割）						
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	③ 科学的介護推進体制加算	④ 口腔機能向上加算	⑤ 栄養改善加算	⑥口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	⑦ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ
要支援1及び事業対象者	3,596円	176円	80円	300円	400円	（Ⅰ）40円 （Ⅱ）10円	①～⑥の合計の12.0%
要支援2	7,242円	352円					

＊通所介護サービス費、指定相当通所型サービス費に明記されている利用料金は、介護保険給付額の1割となっております。
＊事業実施地域（旭川市内）以外の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合、所定単位数の5％が加算となります。

【介護保険外共通】

介護保険対象外の自己負担（全額）				
食費 （1食あたり）	おむつ代		理美容代 （1回あたり）	原材料費
	紙パンツ （1枚あたり）	尿取りパッド （1枚あたり）		
680円	90円	20円	500円	実費

※ ［　　］の部分が令和8年8月1日より変更になります。

＊食費・おむつ代・理美容代・原材料費（主にレクリエーション分）は、全額自己負担となります。

重要事項説明書別紙①

デイサービスセンター ほたる

サービス　料金表（介護保険負担割合証1割の方）

令和8年8月1日

【通所介護サービス費（1日あたり）】

	介護保険対象の自己負担額（1割）										
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	③ 科学的介護推進体制加算	④ 入浴介助加算（Ⅰ）	⑤ 個別機能訓練加算 （Ⅰ）イ又は（Ⅰ）ロ	⑥ 個別機能訓練加算（Ⅱ）	⑦ 口腔機能向上加算 （月2回まで）	⑧ 栄養改善加算 （月2回まで）	⑨ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ） （6月に1回まで）	⑩ ADL維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ） 各月でどちらか一方のみ算定可	⑪ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ
要介護1	584円	22円	40円	40円	（Ⅰ）イ 56円 （Ⅰ）ロ 76円	20円	150円	200円	（Ⅰ）20円 （Ⅱ） 5円	（Ⅰ）30円 （Ⅱ）60円	①～⑩の合計の12.0%
要介護2	689円										
要介護3	796円										
要介護4	901円										
要介護5	1,008円										

【指定相当通所型サービス費（1か月あたり）】

	介護保険対象の自己負担額（1割）						
	① 基本サービス費	② サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	③ 科学的介護推進体制加算	④ 口腔機能向上加算	⑤ 栄養改善加算	⑥口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	⑦ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ
要支援1及び事業対象者	1,798円	88円	40円	150円	200円	（Ⅰ）20円 （Ⅱ）5円	①～⑥の合計の12.0%
要支援2	3,621円	176円					

＊通所介護サービス費、指定相当通所型サービス費に明記されている利用料金は、介護保険給付額の1割となっております。
＊事業実施地域（旭川市内）以外の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供した場合、所定単位数の5%が加算となります。

【介護保険外共通】

介護保険対象外の自己負担（全額）				
食費 （1食あたり）	おむつ代		理美容代 （1回あたり）	原材料費
	紙パンツ （1枚あたり）	尿取りパッド （1枚あたり）		
680円	90円	20円	500円	実費

※ ■の部分が令和8年8月1日より変更になります。

＊食費・おむつ代・理美容代・原材料費（主にレクリエーション分）は、全額自己負担となります。