

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1年10月1日現在

【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)イ	③ 入浴介助加 算	④ 個別機能訓 練加算(II)	⑤ 口腔機能向 上加算 <small>(月2回まで)</small>	⑥ 栄養改善加 算 <small>(月2回まで)</small>	⑦ 栄養スクリー ニング加算 <small>(6月に1回まで)</small>	⑧ ADL維持加 算(I)	⑨ ADL維持加 算(II)	⑩ 介護職員処 遇改善加算(I)	⑪ 介護職員等 特定処遇改善 加算(I)
要介護1	648円	18円	50円	56円	150円	150円	5円	3円	6円	①~⑨の 合計の5.9%	①~⑨の 合計の1.2%
要介護2	765円										
要介護3	887円										
要介護4	1,008円										
要介護5	1,130円										

【第1号通所事業サービス費(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)イ	③ 運動器機能 向上加算	④ 口腔機能 向上加算	⑤ 栄養改善 加算	⑥ 介護職員 処遇改善加 算(I)	⑦ 介護職員等 特定処遇改善 加算(I)
要支援1 及び事業対象者	1,655円	72円	225円	150円	150円	①~⑤の 合計の 5.9%	①~⑤の 合計の 1.2%
要支援2	3,393円	144円					

* 通所介護サービス費、第一号通所事業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		原材料費
	紙パンツ (1枚あたり)	尿取りパッド (1枚あたり)	
550円	90円	20円	実費

※ の部分が令和1年10月1日より変更になりました。

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1年10月1日現在

【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)イ	③ 入浴介助加 算	④ 個別機能訓 練加算(II)	⑤ 口腔機能向 上加算 (月2回まで)	⑥ 栄養改善加 算 (月2回まで)	⑦ 栄養スクリー ニング加算 (6月に1回まで)	⑧ ADL維持加 算(I)	⑨ ADL維持加 算(II)	⑩ 介護職員処遇 改善加算(I)	⑪ 介護職員等 特定処遇改善 加算(I)
要介護1	1,296円	36円	100円	112円	300円	300円	10円	6円	12円	①~⑨の 合計の5.9%	①~⑨の 合計の1.2%
要介護2	1,530円										
要介護3	1,774円										
要介護4	2,016円										
要介護5	2,260円										

【第1号通所事業サービス費(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)イ	③ 運動器機能 向上加算	④ 口腔機能 向上加算	⑤ 栄養改善 加算	⑥ 介護職員 処遇改善加 算(I)	⑦ 介護職員等 特定処遇改善 加算(I)
要支援1 及び事業対象者	3,310円	144円	450円	300円	300円	①~⑤の 合計の 5.9%	①~⑤の 合計の 1.2%
要支援2	6,786円	288円					

* 通所介護サービス費、第一号通所事業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2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		原材料費
	紙パンツ (1枚あたり)	尿取りパッド (1枚あたり)	
550円	90円	20円	実費

※ の部分が令和1年10月1日より変更になりました。

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1年10月1日現在

【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)イ	③ 入浴介助加 算	④ 個別機能訓 練加算(II)	⑤ 口腔機能向 上加算 (月2回まで)	⑥ 栄養改善加 算 (月2回まで)	⑦ 栄養スクリー ニング加算 (6月に1回まで)	⑧ ADL維持加 算(I)	⑨ ADL維持加 算(II)	⑩ 介護職員処遇 改善加算(I)	⑪ 介護職員等 特定処遇改善 加算(I)
要介護1	1,944円	54円	150円	168円	450円	450円	15円	9円	18円	①~⑨の 合計の5.9%	①~⑨の 合計の1.2%
要介護2	2,295円										
要介護3	2,661円										
要介護4	3,024円										
要介護5	3,390円										

【第1号通所事業サービス費(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)イ	③ 運動器機能 向上加算	④ 口腔機能 向上加算	⑤ 栄養改善 加算	⑥ 介護職員 処遇改善加 算(I)	⑦ 介護職員等 特定処遇改善 加算(I)
要支援1 及び事業対象者	4,965円	216円	675円	450円	450円	①~⑤の 合計の 5.9%	①~⑤の 合計の 1.2%
要支援2	10,179円	432円					

* 通所介護サービス費、第一号通所事業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3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		原材料費
	紙パンツ (1枚あたり)	尿取りパッド (1枚あたり)	
550円	90円	20円	実費

※ の部分が令和1年10月1日より変更になりました。