

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7年4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）	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）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）
要介護1	1,752円	66円	120円	120円	（Ⅰ）イ	60円	450円	600円	（Ⅰ）60円	（Ⅰ）90円	①～⑩の 合計の 9.2%
要介護2	2,067円				168円						
要介護3	2,388円				（Ⅰ）ロ						
要介護4	2,703円				228円				（Ⅱ）15円	（Ⅱ）180円	
要介護5	3,024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（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）
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	①～⑥の 合計の 9.2%
要支援2	10,863円	528円				（Ⅱ）15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）	
650円	90円	20円	実費

※ 650円の部分が令和7年4月1日より変更になりました。

* 食費・おむつ代・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。

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7年4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）	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）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）
要介護1	1,168円	44円	80円	80円	（Ⅰ） イ	40円	300円	400円	（Ⅰ）40円	（Ⅰ）60円	①～⑩の 合計の 9.2%
要介護2	1,378円				112円						
要介護3	1,592円				（Ⅰ） ロ						
要介護4	1,802円				152円				（Ⅱ）10円	（Ⅱ）120円	
要介護5	2,016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（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）
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 9.2%
要支援2	7,242円	352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）	
650円	90円	20円	実費

※ の部分が令和7年4月1日より変更になりました。

＊食費・おむつ代・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。

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7年4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）	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）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）
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 9.2%
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										

【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）	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）
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 9.2%
要支援2	3,621円	176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）	
650円	90円	20円	実費

※ の部分が令和7年4月1日より変更になりました。

＊食費・おむつ代・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。