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7年4月1日現在

【通所介護サービス費(1日あたり)】

<u> </u>	近川川政プロス美(1日のた)/2											
		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	加算(I)	⑤ 個別機能 訓練加算 (I)YZは (I)ロ	⑥ 個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	⑦ 口腔機能向 上加算	⑧ 栄養改善加 算	⑨ 口腔・栄養スク リーニング加算 (I)又は(II)	⑩ ADL維持加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)	① 介護職員等 処遇改善加 算(I)	
					(1)=		(月2回まで)	(月2回まで)	(6月に1回まで)	各月でどちらかー 方のみ算定可		
要介護1	1,752円				(I))						
要介護2	2,067円				イ 168円				(I)60円	(I) 90円		
要介護3	2,388円	66円	120円	120円		60円	450円	600円			①~⑩の 合計の 9.2%	
要介護4	2,703円				(I) 口 228円				(Ⅱ)15円	(Ⅱ) 180円	5.276	
要介護5	3,024円											

【第1号诵所事業サービス費(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	ング加算	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	1200	450 m	600円	(I)60円	①~⑥の 合計の		
	要支援2	10,863円	528円	120[]	400[]	000[]	(Ⅱ)15円	9.2%		

- *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)	紙パンツ	む つ 代 尿取りパッド	原材料費
	(1枚あたり)	(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。

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7年4月1日現在

【通所介護サービス費(1日あたり)】

F	(AE/// TIE/											
		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			⑥ 個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	⑦ 口腔機能向 上加算	栄養改善加	⑨ ロ腔・栄養スク リーニング加算 (I)又は(II)		①介護職員 等処遇改善 加算(I)
						1		(月2回まで)	(月2回まで)	(6月に1回まで)	各月でどちらかー 方のみ算定可	
	要介護1	1,168円				(I)						
	要介護2	1,378円				イ 112円				(I)40円	(I)60円	
	要介護3	1,592円	44円	80円	80円		40円	300円 400円	400円		①~⑩の 合計の 9.2%	
	要介護4	1,802円				(I)				(Ⅱ) 10円	(Ⅱ) 120円	
	要介護5	2,016円				152円						

【第1号通所事業サービス費(1か月あたり)】

	(2) 2 (2) 2 (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2)									
	介	護 保 険	対象の	自己	負 担 額	(2割))			
	① 基本サービス費	供体制強化	③ 科学的介 護推進体 制加算	口腔機能	栄養改善 加算		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=	300 m	400 m	(I)40円 (II)10円	①~⑥の 合計の			
要支援2	7,242円	352円	001 1	0001 1	4001 J	(Ⅱ)10円	9.2%			

- *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)	紙パンツ	む つ 代 尿取りパッド	原材料費
650Ш	<u>(1枚あたり)</u>	(1枚あたり)	中 典
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。

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7年4月1日現在

【通所介護サービス費(1日あたり)】

E X / / / / / /	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)	科学的介		⑤ 個別機能 訓練加算 (I)YZは(I)	⑥ 個別機能 訓練加算 (Ⅱ)	⑦ 口腔機能向 上加算	栄養改善加	⑨ 口腔·栄養スク リーニング加算 (Ⅰ)又は(Ⅱ)	ADL維持加算 (I)又は(Ⅱ)	① 介護職員等 処遇改善加 算(I)
					1		(月2回まで)	(月2回まで)	(6月に1回まで)	各月でどちらかー 方のみ算定可	
要介護1	584円				(I)						
要介護2	689円				イ 56円				(I)20円	(I)30円	0.00
要介護3	796円	22円	40円	40円		20円	150円	200円			①~⑩の 合計の 9.2%
要介護4	901円				(I)				(Ⅱ) 5円	(Ⅱ)60円	5.270
要介護5	1,008円				76円						

【第1号通所事業サービス費(1か月あたり)】

[2] 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2									
	介護保険対象の自己負担額(1割)								
	① 基本サービス費		③ 科学的介 護推進体 制加算	④ 口腔機能 向上加算	栄養改善	ング加算(I)	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	1500	200⊞	(I)20円	①~⑥の 合計の		
要支援2	3,621円	176円	40[]	130[]	150円 200円		9.2%		

- *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	の自己負担(全額)	
食 費		むっ代	原材料費	
(1食あたり)	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。