

1. サービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について
通所介護基本報酬

通常規模型通所介護	サービス提供区分	要介護度	介護報酬額 (単位)	ご利用者のご負担 ※1割負担の場合
	3時間以上4時間未満	要介護1	3680	368円
		要介護2	4210	421円
		要介護3	4770	477円
		要介護4	5300	530円
		要介護5	5850	585円
	4時間以上5時間未満	要介護1	3860	386円
		要介護2	4420	442円
		要介護3	5000	500円
		要介護4	5570	557円
		要介護5	6140	614円
	5時間以上6時間未満	要介護1	5670	567円
		要介護2	6700	670円
		要介護3	7730	773円
		要介護4	8760	876円
		要介護5	9790	979円
	6時間以上7時間未満	要介護1	5810	581円
		要介護2	6860	686円
		要介護3	7920	792円
		要介護4	8970	897円
要介護5		10030	1,003円	
7時間以上8時間未満	要介護1	6550	655円	
	要介護2	7730	773円	
	要介護3	8960	896円	
	要介護4	10180	1,018円	
	要介護5	11420	1,142円	

通所介護加算・減算等

加算・減算等名称	介護報酬額	ご利用者様負担額	算定回数等
		1割負担	
入浴介助加算（Ⅰ）	400円	40円	入浴介助を行った日数
同一建物に居住する ご利用者様の減算	-940円	-94円	1日につき
送迎を行わない場合 の減算	-470円	-47円	片道につき
介護職員処遇改善加 算Ⅰ	所定単位数の 5.9%	左記額の1割	
介護職員特定処遇改 善加算Ⅱ	所定単位数の 1.0%	左記額の1割	

※所定単位数・・・基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

※介護職員処遇改善加算Ⅰ及び介護職員特定事業所加算Ⅱは、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

※1割負担の表記になっております。ご負担は、負担割合に応じた額になります。

2. その他の費用について

①送迎費	ご利用者様の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合には、1 kmごとに50円いただきます。
②食費	昼食代として500円（1食あたり）いただきます
③おむつ代	尿パット50円/1枚、 大パット55円/1枚 紙パンツ（テープ式）110円/1枚 リハビリパンツ 130円/1枚 ※持込みは可能です。
④レクリエーション材料費	その都度、ご希望に応じて材料費等で実費が必要な場合があります。