

デイサービスセンタースマイル 料金表

介護予防・日常生活支援総合事業

1. 基本サービス

【総合事業事業費】

所要時間	要介護度	単位	介護報酬額	利用者負担額		
				1割	2割	3割
1週当たりの標準的な回数を定める場合 (1月につき)	事業対象者 要支援1 要支援2 (週1回程度)	1,798 単位	17,980 円	1,798 円	3,596 円	5,394 円
	事業対象者 要支援2 (週2回程度)	3,621 単位	36,210 円	3,621 円	7,242 円	10,863 円

【加算】

加算の種類	介護報酬額	利用者負担額		
		1割	2割	3割
口腔機能向上加算Ⅱ 1回につき(月に2回を限度)	1,600 円	160 円	320 円	480 円
ADL維持等加算Ⅰ 月1回	300 円	30 円	60 円	90 円
ADL維持等加算Ⅱ 月1回	600 円	60 円	120 円	180 円
科学的介護推進体制加算 月1回	400 円	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (事業対象者・要支援1・要支援2 週1回程 1回につき度)	880 円	88 円	176 円	264 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (要支援2 週2回程度) 1回につき	1,760 円	176 円	352 円	528 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ 月1回	所定単位の9.2%			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 月1回	所定単位(総合事業事業費)の5.0%			

※所定単位とは、1か月間に利用した総合事業事業費と加算の単位数の合計です。

【減算】

加算の種類	利用者負担額		
	1割	2割	3割
送迎減算 片道につき	47 円	94 円	141 円
利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合 1回につき	基本部分の金額の30%	基本部分の金額の30%	基本部分の金額の30%

2. その他の費用

食費	食事の提供をした場合、1回につき680円の食費(おやつ代を含む)をいただきます。
おむつ代	おむつ等の提供をした場合、1回につき尿取りパット35円、おむつ175円、リハビリパンツ210円の実費をいただきます。
口座振替手数料	利用料支払いを口座振替にされた場合、手数料132円をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

3. キャンセル料

サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて下記によりキャンセル料を請求させていただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日前日の午前10時までにご連絡をいただいた場合	無料
利用予定日前日の午前10時以降にご連絡をいただいた場合	680円