

加須デイサービス爽やかな風

利用料金表（令和 8 年 6 月 1 日現在）

サービス提供時間 9:00～16:10	算定区分 通常規模型・7 時間以上 8 時間未満	地域単価 1 単位＝10.27 円	食費 600 円／食
------------------------	-----------------------------	----------------------	---------------

※利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載された割合（1 割・2 割・3 割）により異なります。実際の請求額は、月ごとの利用実績、加算算定状況、端数処理等により異なる場合があります。

1. 通所介護（要介護 1～5）基本利用料

介護度	単位数	基本利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	658 単位	6,757 円	676 円	1,352 円	2,028 円
要介護 2	777 単位	7,979 円	798 円	1,596 円	2,394 円
要介護 3	900 単位	9,243 円	925 円	1,849 円	2,773 円
要介護 4	1,023 単位	10,506 円	1,051 円	2,102 円	3,152 円
要介護 5	1,148 単位	11,789 円	1,179 円	2,358 円	3,537 円

※上記は 1 回あたりの基本部分です。食費、加算、その他実費は別途かかります。

2. 主な加算（該当する場合）

加算名	単位数等	基本利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位／日	410 円／日	41 円	82 円	123 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 単位／日	575 円／日	58 円	115 円	173 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76 単位／日	780 円／日	78 円	156 円	234 円
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	410 円／月	41 円	82 円	123 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数の 11.8％／月	割合加算	負担割合に応じて算定	負担割合に応じて算定	負担割合に応じて算定

※個別機能訓練加算は、算定要件・配置状況により（イ）または（ロ）を算定します。

3. 第 1 号通所事業（要支援等）月額利用料

介護度	単位数	基本利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	1,798 単位／月	18,465 円／月	1,847 円	3,693 円	5,540 円
要支援 2	3,621 単位／月	37,187 円／月	3,719 円	7,438 円	11,157 円

※第 1 号通所事業は月単位の定額です。科学的介護推進体制加算（40 単位／月）および介護職員等処遇改善加算Ⅱロ（所定単位数の 11.8％／月）は、要件を満たす場合に別途算定します。食費等の実費は利用回数に応じて別途かかります。

4. その他の費用

項目	費用	内容
食費	600 円／食	食事の提供に要する調理・加工および食材費
通常実施地域を越える送迎	100 円／km	通常の事業実施地域を越える場合
特別な食事	実費	利用者様の希望による通常メニュー以外の食事
行事参加費	実費	行事参加時、費用に応じた実費
クラブ活動費（材料費）	実費	1 回あたり 100 円～500 円程度
おむつ代	紙おむつ 110 円／紙パンツ 130 円／尿とりパット 42 円	当センターのおむつ等をご利用の場合
複写サービス	白黒 11 円／頁、カラー 55 円／頁	サービス提供記録等の複写物が必要な場合
写真サービス	実費	利用中の写真の焼き増しを希望される場合
その他	実費	利用者様にご負担いただくことが適当と認められるもの

5. キャンセル料

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前日 18 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日 8 時までにご連絡いただいた場合	食材費 300 円
ご利用日の当日 8 時までにご連絡がなかった場合	食材費 300 円

※体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は不要です。第 1 号通所事業は月単位定額のため、キャンセル料は不要です。

6. 請求・お支払い方法

・事業所は、当月分の利用料その他費用の請求書に明細を記して、翌月 15 日までに利用者様へ送付します。
・利用者様は、当月料金の合計額を翌月末日までに、事業所指定口座への振込、NICOS による利用者様指定口座からの自動振替、現金支払いのいずれかの方法によりお支払いください。
・自動振替の場合は、NICOS により、サービスを利用した月の翌月 27 日に口座振替となります。
・銀行振込により支払う場合の振込手数料は、利用者様の負担とします。
・事業所は、利用者様から料金のお支払いを受けたときは、領収証を発行します。
【振込先】東和銀行 北本支店 普通口座 3102105 社会福祉法人元氣村 理事長 神成 裕介

※介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額は全額自己負担となります。