

**デイサービスセンターサンヴェール大垣**  
**安八郡広域連合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA(A7)**

**利用定員 : 「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名**  
**4時間以上5時間未満デイサービス : 15名**  
**7時間以上8時間未満デイサービス : 40名**

平成30年3月～

※1週に2回・1月に8回までの利用 : 1割負担

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プ ロビ グス ラA	○片通 道所 の送 迎サ ー ビス A	○入通 浴所 型サ ー ビス A	1 A 通 日 計 所 型サ ー ビス	1 介 日 計 護 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	日 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に16回	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に8回	日額(円)	日額(円)	日額(円)	
要支援2	360	15	60	435	4,410	441	550	991

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

※1週に2回・1月に9回実施の利用 : 1割負担

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プ ロビ グス ラA	○片通 道所 の送 迎サ ー ビス A	○入通 浴所 型サ ー ビス A	1 A 通 月 計 所 型サ ー ビス	1 介 月 計 護 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	◎ 月 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に18回	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に9回	月額(円)	月額(円)	日額(円)	
要支援2	1月につき、3,377			3,377	34,242	3,425	550×回 数	◎

※【◎】利用者負担金月計は、介護報酬負担金に食費(550円×食費回数)が加算された額となります。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

サービス提供日 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者 : 高木孝之

生活相談員 : 水谷哲也 ・ 奥千秋 ・ 柳瀬優子

**デイサービスセンターサンヴェール大垣**  
**安八郡広域連合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA(A7)**

**利用定員 : 「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名**  
**4時間以上5時間未満デイサービス : 15名**  
**7時間以上8時間未満デイサービス : 40名**

平成30年3月～

**※1週に2回・1月に8回までの利用 : 2割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プー ロビ グス ラA	○片通 道所 の型 送サ ービ ス A	○入通 浴所 型サ ービ ス A	1通 日計 型サ ービ ス A	1介 日計 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	日利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に16回	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に8回	日額(円)	日額(円)	日額(円)	
要支援2	360	15	60	435	4,410	882	550	1,432

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

**※1週に2回・1月に9回実施の利用 : 2割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プー ロビ グス ラA	○片通 道所 の型 送サ ービ ス A	○入通 浴所 型サ ービ ス A	1通 月計 型サ ービ ス A	1介 月計 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	◎月 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に18回	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に9回	月額(円)	月額(円)	日額(円)	
要支援2	1月につき、3,377			3,377	34,242	6,849	550×回 数	◎

※【◎】利用者負担金月計は、介護報酬負担金に食費(550円×食費回数)が加算された額となります。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

サービス提供日 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者 : 高木孝之

生活相談員 : 水谷哲也 ・ 奥千秋 ・ 柳瀬優子

**デイサービスセンターサンヴェール大垣**  
**安八郡広域連合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA(A7)**

**利用定員 : 「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名**  
**4時間以上5時間未満デイサービス : 15名**  
**7時間以上8時間未満デイサービス : 40名**

平成30年3月～

※1週に2回・1月に8回までの利用 : **3割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プ ロビ グス ラA	○片通 道所 の型 送サ ー ビ ス A	○入通 浴所 型 サ ー ビ ス A	1通 日計 型 サ ー ビ ス A	1介 日計 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	日利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に16回	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に8回	日額(円)	日額(円)	日額(円)	
要支援2	360	15	60	435	4,410	1,323	550	1,873

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。  
 ※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

※1週に2回・1月に9回実施の利用 : **3割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プ ロビ グス ラA	○片通 道所 の型 送サ ー ビ ス A	○入通 浴所 型 サ ー ビ ス A	1通 月計 型 サ ー ビ ス A	1介 月計 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	◎月 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に1回 1月に5回	1週に1回 1月に10回	1週に1回 1月に5回	1週に1回 1月に5回	月額(円)	月額(円)	日額(円)	
要支援2	1月につき、3,377			3,377	34,242	10,273	550×回 数	◎

※【◎】利用者負担金月計は、介護報酬負担金に食費(550円×食費回数)が加算された額となります。  
 ※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

サービス提供日 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)  
 サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2  
 デイサービスセンター サンヴェール大垣  
 Tel 0584-77-7680 Fax 0584-77-7058  
 管理者 : 高木孝之  
 生活相談員 : 水谷哲也 ・ 奥千秋 ・ 柳瀬優子

