

社会福祉法人 墨友会 高齢者福祉施設 サンヴェール三城  
**デイサービス三城 (通常規模型通所介護) 料金表**

利用定員 30名

通所介護 (7時間以上8時間未満)

令和2年4月

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
A	介護基本	648	765	887	1,008	1,130
B	個別機能訓練加算 I	46	46	46	46	46
(加算)	入浴加算	50	50	50	50	50
C	計 A+B	744	861	983	1,104	1,226
D	介護職員処遇改善加算 I	44.0	51.0	58.0	71.0	72.0
E	特定処遇改善加算 I	9.0	10.0	12.0	14.0	15.0
F	介護報酬 単位数合計 C+D+E	797	922	1,053	1,189	1,313
G	介護報酬 F×地域区分単価(10.14円)	8,081	9,349	10,677	12,056	13,313
H	介護報酬負担額 (円)	809	935	1,068	1,206	1,332

※個別機能訓練加算、入浴加算はサービス提供が無かった場合は加算されません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

(円)

H	介護報酬負担額	809	935	1,068	1,206	1,332
I	食費負担額	750	750	750	750	750
J	その他負担額					
K	利用者負担金 計	1,559	1,685	1,818	1,956	2,082

通所介護相当サービス (大垣市)

要介護度		要支援1		要支援2	
A	月間利用回数	1	4	1	8
B	介護基本 日額	380	380	391	391
C	介護基本 月額 A×B	380	1,520	391	3,128
D	運動器機能向上加算	225	225	225	225
E	介護報酬 単位数合計 C+D	605	1,745	616	3,353
F	介護報酬 E×地域区分単価(10.14円)	6,134	17,694	6,246	33,999
G	介護報酬負担額 (円)	614	1,770	625	3,400

※運動器機能向上加算(ご利用回数に関係なく1ヶ月に一度の加算です)はサービス提供が無かった場合は加算されません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

(円)

G	介護報酬負担額	614	1,770	625	3,400
H	食費負担額	750	3,000	750	6,000
I	その他負担額				
J	利用者負担金 計 G+H	1,364	4,770	1,375	9,400

通所型サービスA (安八郡)

要介護度		要支援1		要支援2	
A	月間利用回数	1	4	1	8
B	介護基本 日額	362	362	362	362
C	介護基本 月額 A×B	362	1,448	362	2,896
D	入浴加算 A×60/1回	60	240	60	480
(加算)	送迎加算 A×15/片道×2	30	120	30	240
E	単位数合計 C+D	452	1,808	452	3,616
F	介護報酬 計 E×10円	4,520	18,080	4,520	36,160
G	介護報酬負担額 (円)	452	1,808	452	3,616

※入浴加算、送迎加算はサービス提供が無かった場合は加算されません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

(円)

G	介護報酬負担額	452	1,808	452	3,616
H	食費負担額	750	3,000	750	6,000
I	その他負担額				
J	利用者負担金 計 G+H	1,202	4,808	1,202	9,616

※負担割合が2割負担の方はHの額が2倍、3割負担の方はHの額は3倍となります。

**デイサービス三城**

(大垣市東町四丁目45番地1) ☎ 0584-84-2103

