

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3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	655	773	896	1,018	1,142
B (加算)	個別機能訓練加算 I (ロ)	85	85	85	85	85
	入浴加算	40	40	40	40	40
	科学的介護推進体制加算 (40/月)	△	△	△	△	△
C	計 A+B	780	898	1,021	1,143	1,267
D	介護職員処遇改善加算 I	46	53	60	67	75
E	特定処遇改善加算 I	△	△	△	△	△
F	介護報酬 単位数合計 C+D+E	826	951	1,081	1,210	1,342
G	介護報酬 F×地域加算単価(10.14円)	8,375	9,643	10,961	12,269	13,607
H	介護報酬負担額 [円]	838	964	1,096	1,227	1,361

※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	838	964	1,096	1,227	1,361
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	1,588	1,714	1,846	1,977	2,111

**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	384	384	395	395
C	介護基本 月額 A×B	384	1,536	395	3,160
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	609	1,761	620	3,385
F	介護報酬 E×地域加算単価(10.14円)	6,175	17,857	6,287	34,324
G	介護報酬負担額 [円]	618	1,786	629	3,433

※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	618	1,786	629	3,433
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	1,368	4,786	1,379	9,433

**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	384	384	395	395
C	介護基本 月額 A×B	384	1,536	395	3,160
D (加算)	入浴加算 A×60/1回	60	240	60	480
	送迎加算 A×15/片道×2	30	120	30	240
E	単位数合計 C+D	474	1,896	485	3,880
F	介護報酬 計 E×10円	4,740	18,960	4,850	38,800
G	介護報酬負担額 [円]	474	1,896	485	3,880

※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	474	1,896	485	3,880
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	1,224	4,896	1,235	9,880

※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