

別紙 通所介護利用料

①基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載された負担割合の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10.27 円 (6 級地)

(利用時間) 要介護度	単位数 (1日)	費用換算	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
(通常規模 3 時間以上 4 時間未満)					
要介護 1	368 単位	3,779 円	378 円	756 円	1,134 円
要介護 2	421 単位	4,323 円	433 円	865 円	1,297 円
要介護 3	477 単位	4,898 円	490 円	980 円	1,470 円
要介護 4	530 単位	5,443 円	545 円	1,089 円	1,633 円
要介護 5	585 単位	6,007 円	601 円	1,202 円	1,803 円

②加算料金

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

	単位数	費用換算	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
個別機能訓練加算 (I) イ (1日につき)	56 単位	575 円	58 円	115 円	173 円
個別機能訓練加算 (I) ロ (1日につき)	85 単位	872 円	88 円	175 円	262 円
個別機能訓練加算 (II) (1月につき)	20 単位	205 円	21 円	41 円	62 円
若年性認知症受入加算 (1日につき)	60 単位	616 円	62 円	124 円	185 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (1回につき)	20 単位	205 円	21 円	41 円	62 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (1回につき)	5 単位	51 円	6 円	11 円	15 円
口腔機能向上加算 (II) (1回につき) 月 2 回まで	160 単位	1,643 円	165 円	329 円	493 円
科学的介護推進体制加算 (1月につき)	40 単位	410 円	41 円	82 円	123 円
介護職員処遇改善加算 (I) (1月につき)	介護報酬総単位数の 5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算 (II) (1月につき)	介護報酬総単位数の 1.0%				

③実費負担

おやつ代	50 円
リハビリパンツ代	200 円
パット代	30 円

別紙1 通所型サービス（独自）飯能 利用料

- ① 費用換算の金額は、単位数に地域換算（10.27）を乗じて端数を切り捨てた金額です。
- ② 自己負担は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1～3割です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額のコ額をコ負担いただきます。

第1号通所事業 通所型サービス（独自） 基本料金

利用者の 要介護度	単位数	費用換算	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
事業対象者 要支援1	1,672単位 (1月につき)	17,171円	1,718円	3,435円	5,152円
事業対象者 要支援2	3,428単位 (1月につき)	35,205円	3,521円	7,041円	10,562円

加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	単位数 (1か月)	費用換算	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
運動機能向上加算	225単位	2,310円	231円	462円	693円
若年性認知症利用者受入加算	240単位	2,464円	247円	493円	740円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	1,643円	165円	329円	493円
選択的サービス複数実施加算 （Ⅰ）運動機能及び口腔機能	480単位	4,929円	493円	986円	1,479円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位	205円	21円	41円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位	51円	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算	40単位	410円	41円	82円	123円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数の5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	介護報酬総単位数の1.0%				

実費負担

おやつ代	50円	リハビリパンツ代	200円	パット代	30円
------	-----	----------	------	------	-----

別紙2 通所型サービス（独自）日高 利用料

- ③ 費用換算の金額は、単位数に地域換算（10.14）を乗じて端数を切り捨てた金額です。  
 ④ 自己負担は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1～3割です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額のご負担いただきます。

第1号通所事業（介護予防通所介護相当） 基本料金

利用者の要介護度	単位数	費用換算	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
事業対象者 要支援1	1,672単位 （1月につき）	16,954円	1,696円	3,391円	5,087円
事業対象者 要支援2	3,428単位 （1月につき）	34,759円	3,476円	6,952円	10,428円

加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	単位数 （1か月）	費用換算	自己負担 （1割）	自己負担 （2割）	自己負担 （3割）
サービス提供体制強化加算（1）	88単位 （事業対象者・要支援1）	892円	90円	179円	268円
	176単位 （事業対象者・要支援2）	1,784円	179円	357円	536円
運動機能向上加算	225単位	2,281円	229円	457円	685円
若年性認知症利用者受入加算	240単位	2,433円	244円	487円	730円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	1,622円	163円	325円	487円
選択的サービス複数実施加算 （Ⅰ）運動機能及び口腔機能	480単位	4,867円	487円	974円	1,461円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位	202円	21円	41円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位	50円	5円	10円	15円
科学的介護推進体制加算	40単位	405円	41円	81円	122円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数の5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数の1.2%				

実費負担

おやつ代	50円	リハビリパンツ代	200円	パット代	30円
------	-----	----------	------	------	-----

別紙3 通所型サービス（独自）入間市 利用料

⑤ 費用換算の金額は、単位数に地域換算（10.27）を乗じて端数を切り捨てた金額です。

⑥ 自己負担は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1～3割です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額のご負担いただきます。

第1号通所事業（介護予防通所介護相当） 基本料金

利用者の要介護度	単位数	費用換算	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
事業対象者要支援1	1,672単位 （1月につき）	17,171円	1,718円	3,435円	5,152円
事業対象者要支援1	384単位 （1回につき） （1月中全部で4回まで）	3,943円	395円	789円	1,183円
事業対象者要支援2	3,428単位 （1月につき）	35,205円	3,521円	7,041円	10,562円
事業対象者要支援2	395単位 （1回につき） （1月中全部で8回まで）	4,056円	406円	812円	1,217円

第1号通所事業 通所型サービス（独自） 加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	単位数 （1か月）	費用換算	自己負担 （1割）	自己負担 （2割）	自己負担 （3割）
運動機能向上加算	225単位	2,310円	231円	462円	693円
若年性認知症利用者受入加算	240単位	2,464円	247円	493円	740円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	1,643円	165円	329円	493円
選択的サービス複数実施加算 （Ⅰ）運動機能及び口腔機能	480単位	4,929円	493円	986円	1,479円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位	205円	21円	41円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位	51円	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算	40単位	410円	41円	82円	123円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数の5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数の1.2%				

実費負担

おやつ代	50円	リハビリパンツ代	200円	パット代	30円
------	-----	----------	------	------	-----

別紙 第1号通所事業（通所型サービスA）利用料

- ① 費用換算の金額は、単位数に地域換算（10.27）を乗じて端数を切り捨てた金額です。
- ② 自己負担は、介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額のご負担いただきます。

1号通所事業（通所型サービスA）基本料金

対象者	頻度	単位数	費用換算	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
事業対象者	週1回 程度	1505単位 (1月につき)	15,456円	1,546円	3,092円	4,637円
要支援1・2	週2回 程度	3085単位 (1月につき)	31,682円	3,169円	6,337円	9,505円

実費負担

おやつ代	50円
リハビリパンツ代	200円
パット代	30円