

【要介護1～要介護5】

5時間以上6時間未満

| 要介護 | 1回あたり自己負担額 |       |       |
|-----|------------|-------|-------|
|     | 1割         | 2割    | 3割    |
| 1   | 583        | 1,165 | 1,747 |
| 2   | 688        | 1,376 | 2,064 |
| 3   | 794        | 1,588 | 2,382 |
| 4   | 900        | 1,800 | 2,699 |
| 5   | 1,006      | 2,011 | 3,017 |

該当する場合、以下の金額が加算されます

| 項目             | 1回あたり自己負担額 |     |     |
|----------------|------------|-----|-----|
|                | 1割         | 2割  | 3割  |
| 入浴介助加算(Ⅰ)      | 41         | 82  | 123 |
| サービス提供体制加算(Ⅲ)  | 7          | 13  | 19  |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) *1 | 154        | 308 | 462 |
| 処遇改善加算Ⅰ        | 総単位の5.9%   |     |     |
| 特定処遇改善加算Ⅱ      | 総単位の1%     |     |     |

\*1 月2回まで

6時間以上7時間未満

| 要介護 | 1回あたり自己負担額 |       |       |
|-----|------------|-------|-------|
|     | 1割         | 2割    | 3割    |
| 1   | 597        | 1,194 | 1,790 |
| 2   | 705        | 1,409 | 2,114 |
| 3   | 814        | 1,627 | 2,440 |
| 4   | 922        | 1,843 | 2,764 |
| 5   | 1,030      | 2,060 | 3,090 |

別途費用

| 項目         | 負担額 |
|------------|-----|
| 昼食費(含おやつ代) | 693 |
| おむつ代       | 実費  |
| 教材費        | 実費  |
| レクリエーション   | 実費  |

7時間以上8時間未満

| 要介護 | 1回あたり自己負担額 |       |       |
|-----|------------|-------|-------|
|     | 1割         | 2割    | 3割    |
| 1   | 673        | 1,346 | 2,018 |
| 2   | 794        | 1,588 | 2,382 |
| 3   | 921        | 1,841 | 2,761 |
| 4   | 1,046      | 2,091 | 3,137 |
| 5   | 1,173      | 2,346 | 3,519 |

\* 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は、超えた額の全額をご負担いただきます

所沢市立新所沢けやき通り老人デイサービスセンター 料金表

(単位：円)

【要支援1～要支援2】

| 要支援 | 1回あたり自己負担額 |     |       |
|-----|------------|-----|-------|
|     | 1割         | 2割  | 3割    |
| 1   | 395        | 789 | 1,183 |
| 2   | 406        | 812 | 1,217 |

\* 要支援1：月5回以上の場合の上限額

| 1ヶ月あたり自己負担額 |       |       |
|-------------|-------|-------|
| 1割          | 2割    | 3割    |
| 1,718       | 3,435 | 5,152 |

\* 要支援2：月9回以上の場合の上限額

| 1ヶ月あたり自己負担額 |       |        |
|-------------|-------|--------|
| 1割          | 2割    | 3割     |
| 3,521       | 7,041 | 10,562 |

該当する場合、以下の金額が加算されます

| 項目            | 1回あたり自己負担額 |     |     |
|---------------|------------|-----|-----|
|               | 1割         | 2割  | 3割  |
| 提供体制加算(Ⅲ)1 *2 | 25         | 50  | 74  |
| 提供体制加算(Ⅲ)2 *3 | 50         | 99  | 148 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)   | 154        | 308 | 462 |
| 処遇改善加算Ⅰ       | 総単位の5.9%   |     |     |
| 特定処遇改善加算Ⅱ     | 総単位の1%     |     |     |

\*2 対象:要支援1

\*3 対象:要支援2

別途費用

| 項目          | 負担額 |
|-------------|-----|
| 昼食費 (含おやつ代) | 693 |
| おむつ代        | 実費  |
| 教材費         | 実費  |
| レクリエーション    | 実費  |

\* 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は、超えた額の全額をご負担いただきます

令和3年4月1日改定