

①保険対象の自己負担額分については、枠内左側を1割負担、中央を2割負担、右側を3割負担で表示しています。(単位:円)

項目	総合事業(1ヵ月利用額)									介護(1回利用額)														
	事業対象者 (週1回程度)			要支援1			要支援2			介護1			介護2			介護3			介護4			介護5		
介護度	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
基本利用額	1,655	3,310	4,965	1,655	3,310	4,965	3,393	6,786	10,179	648	1,296	1,944	765	1,530	2,295	887	1,774	2,661	1,008	2,016	3,024	1,130	2,260	3,390
サービス提供体制強化加算 I イ	72	144	216	72	144	216	144	288	432	18	36	54	18	36	54	18	36	54	18	36	54	18	36	54
入浴介助加算	/	/	/	/	/	/	/	/	/	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150	50	100	150
運動器機能向上加算(月・火・水・木・金曜)	225	450	675	225	450	675	225	450	675	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
個別機能訓練加算 I (月・水・木・金曜)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	46	92	138	46	92	138	46	92	138	46	92	138	46	92	138
介護 保険対象合計(月・水・木・金曜)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	762	1,524	2,286	879	1,758	2,637	1,001	2,002	3,003	1,122	2,244	3,366	1,244	2,488	3,732
介護 保険対象合計(火・土曜)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	716	1,432	2,148	833	1,666	2,499	955	1,910	2,865	1,076	2,152	3,228	1,198	2,396	3,594
総合事業 保険対象合計(運動器機能向上実施時)	1,952	3,904	5,856	1,952	3,904	5,856	3,762	7,524	11,286	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ADL維持等加算 I (月に1回)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9
ADL維持等加算 II (月に1回)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	6	12	18	6	12	18	6	12	18	6	12	18	6	12	18
認知症加算	/	/	/	/	/	/	/	/	/	60	120	180	60	120	180	60	120	180	60	120	180	60	120	180
栄養改善加算(介護は月に2回を限度)	150	300	450	150	300	450	150	300	450	150	300	450	150	300	450	150	300	450	150	300	450	150	300	450
栄養スクリーニング加算(6月に1回)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15
生活機能向上グループ活動加算	100	200	300	100	200	300	100	200	300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
若年性認知症利用者受入加算	介護は負担割合が1割の方は1日に付き60円(2割の方は120円、3割の方は180円)増し・予防は負担割合が1割の方は1月に付き240円(2割の方は480円、3割の方は720円)増し																							
介護職員処遇改善加算 I	上記所定料金の5.9%増し																							
介護職員等特定処遇改善加算 I	上記所定料金(介護職員処遇改善加算 I を含まない)の1.2%増し																							

②保険対象外

食費	550円 1回に付き(内訳:昼食450円・おやつ100円)
圏外送迎	通常の事業の実施地域を越え、1km毎100円。(1km以下四捨五入)
キャンセル料	550円 利用者のご都合でサービスを中止する場合、利用日の午前8時30分までに連絡がなかった場合は、食費分550円をいただきます。ただし、利用者の体調の悪化により連絡が困難な場合などやむを得ない場合は、料金はいただきません。

利用参考例① 要介護の方の一般的利用の自己負担額(月・水・木・金曜日利用の場合)
基本利用額+サービス提供体制強化加算 I +入浴介助加算+個別機能訓練加算 I +食費(回数分)

介護度	介護1			介護2			介護3			介護4			介護5		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1回の自己負担額	1,312	2,074	2,836	1,429	2,308	3,187	1,551	2,552	3,553	1,672	2,794	3,916	1,794	3,038	4,282
1ヵ月に4回利用の場合	5,248	8,296	11,344	5,716	9,232	12,748	6,204	10,208	14,212	6,688	11,176	15,664	7,176	12,152	17,128
1ヵ月に8回利用の場合	10,496	16,592	22,688	11,432	18,464	25,496	12,408	20,416	28,424	13,376	22,352	31,328	14,352	24,304	34,256

利用参考例② 総合事業対象者・要支援の方の一般的利用の自己負担額(月・火・水・木・金曜日利用の場合)
基本利用額+サービス提供体制強化加算 I +運動器機能向上加算+食費(回数分)

※総合事業対象者・要支援の方は保険対象料金が1ヵ月単位です。

介護度	総合事業対象者			要支援1			要支援2		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1ヵ月に4回利用の場合	4,152	6,104	8,056	4,152	6,104	8,056	5,962	9,724	13,486
1ヵ月に8回利用の場合	/	/	/	/	/	/	8,162	11,924	15,686