

デイサービスセンター仙水園（通所介護事業所）

サービス所要時間（5時間以上6時間未満）

1回あたりの介護保険自己負担金（1割負担の場合）

費用項目	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
介護利用料	558	660	761	863	964
サービス提供体制強化加算	6	6	6	6	6
入浴加算	50	50	50	50	50
*処遇改善加算	36	42	48	54	60
① 介護保険合計	650	758	865	973	1,080

上記以外のご負担金（実費負担）

単位：円

② 食費	600	600	600	600	600
延長料金（1時間）	500	500	500	500	500
オムツ等衛生用品費	実費	実費	実費	実費	実費

減額の適用（以下の場合減額適用）

単位：円

同一建物からの利用	-94	-94	-94	-94	-94
送迎を行わない場合（1回）	-47	-47	-47	-47	-47

その他のご負担金

行事食(特別な食事)	100円増額
------------	--------

参考：一般的な1回あたりのご利用料金

単位：円

上記 ① + ②	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
	1,250	1,358	1,465	1,573	1,680

* ご利用料金は、受けられるサービス内容や「要介護度」に応じてご利用者毎に変わります。実際のご負担金額につきましては個別の説明をさせていただきます。