

デイサービスセンター仙水園（ 介護予防通所事業所 ）

サービス所要時間（ 5時間以上6時間未満 ）

1月あたりの介護保険自己負担金（ 1割負担の場合 ）

単位：円

費用項目	要支援1	要支援2
介護利用料	1,647	3,377
サービス提供体制強化加算	48	96
＊処遇改善加算	100	205
① 介護予防費	1,795	3,678

上記以外のご負担金（ 実費負担 ）

単位：円

② 食費（ 1回毎 ）	600	600
延長料金（1時間）	500	500
オムツ等衛生用品費	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	-376	-752
-----------	------	------

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

参考： 1ヵ月4回利用された場合のご利用料金

単位：円

区 分	要支援1	要支援2
基本月額負担金	1,795	3,678
食費（1回あたり）	2,400(600円×4回)	2,400(600円×4回)
月額ご負担金	4,195	6,078

＊ 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。