

【通所型サービス】 (1割負担)

酒田市

通所型サービス 利用者負担額					
1	事業対象者	1回 (月4~5回)	524円	1回 (月8~9回)	546円
		従前相当サービス		A型サービス	
	要支援1	週1回 (月額)	1,672円	1回 (月4~5回)	524円
	要支援2	週2回 (月額)	3,428円	1回 (月8~9回)	546円
2	令和3年9月30日までの上乗せ分	1で算定した単位数の1000分の1に相当する単位数 (0.1%)			
※以下選択サービス (該当者のみ)					
3	運動器機能向上加算 (月額)	225円			
4	サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (※従前相当サービスのみ・月額)	要支援1	24円		
		要支援2	48円		
5	介護職員処遇改善加算I	要支援1・2 (※従前相当サービスのみ) (月額)	1~4で算定した単位数の1000分の59に相当する単位数		
		事業対象者・A型サービス (1回)	20円		
保険外サービス					
6	入浴加算(A型サービス)(1回)	350円			

庄内町

通所型サービス 利用者負担額					
1	事業対象者	従前相当サービス		A型サービス	
		1回(原則月4回まで)	384円	1回 (月4回まで)	269円
		月額(例外的に月5回以上利用)	1,672円		
	要支援1	1回(原則月4回まで)	384円	1回 (月4回まで)	269円
		月額(例外的に月5回以上利用)	1,672円		
	要支援2	1回(原則月4回まで)	395円	1回 (月4回まで)	277円
		月額(例外的に月5回以上利用)	1,672円		
		1回(原則月8回まで)	395円	1回 (月8回まで)	277円
		月額(例外的に月9回以上利用)	3,428円		
	2	令和3年9月30日までの上乗せ分	1で算定した単位数の1000分の1に相当する単位数 (0.1%)		
※以下選択サービス (該当者のみ)					
3	運動器機能向上加算 (月額)	225円			
4	サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (※従前相当サービスのみ・月額)	要支援1	24円		
		要支援2	48円		
5	介護職員処遇改善加算I (※従前相当サービスのみ・月額)	1~4で算定した単位数1000分の59に相当する単位数 (5.9%)			

鶴岡市

通所型サービス 利用者負担額					
1	事業対象者	従前相当サービス		A型サービス	
		1回(1月の中で全部で4回まで)	384円	1回(月4回まで)	307円
		月額(例外的に月5回以上利用)	1,672円	/	
	要支援1	1回(1月の中で全部で4回まで)	384円	1回(月4回まで)	307円
		月額(例外的に月5回以上利用)	1,672円	/	
	要支援2	1回(1月の中で全部で4回まで)	395円	1回(月4回まで)	316円
		月額(例外的に月5回以上利用)	1,672円	/	
		1回(1月の中で全部で5回から8回まで)	395円	1回(月8回まで)	316円
月額(例外的に月9回以上利用)		3,428円	/		
2	令和3年9月30日までの上乗せ分	1で算定した単位数の1000分の1に相当する単位数(0.1%)			
※以下選択サービス(該当者のみ)					
3	運動器機能向上加算(月額)	225円			
4	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(月額)	要支援1	24円		
		要支援2	48円		
5	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1~4で算定した単位数1000分の59に相当する単位数(5.9%)			

三川町

通所型サービス 利用者負担額			
1	事業対象者 (従前相当サービス 週1回)	1,672円(月額)	
	要支援1 (従前相当サービス 週1回)	1,672円(月額)	
	要支援2 (従前相当サービス 週2回)	3,428円(月額)	
	要支援1 (従前相当サービス 1月4回まで)	384円(1回)	
	要支援2 (従前相当サービス 1月5~8回まで)	395円(1回)	
2	令和3年9月30日までの上乗せ分	1で算定した単位数の1000分の1に相当する単位数(0.1%)	
※以下選択サービス(該当者のみ)			
3	運動器機能向上加算(月額)	225円	
4	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(月額)	要支援1	24円
		要支援2	48円
5	介護職員処遇改善加算Ⅰ(月額)	1~4で算定した単位数1000分の59に相当する単位数(5.9%)	

【通所介護】 大規模型通所介護費(Ⅱ) (1割負担)

介護保険サービス 利用者負担額							
		2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
1	要介護1	252円	343円	360円	522円	540円	604円
	要介護2	288円	393円	412円	617円	638円	713円
	要介護3	326円	444円	466円	712円	736円	826円
	要介護4	363円	493円	518円	808円	835円	941円
	要介護5	400円	546円	572円	903円	934円	1,054円
2	令和3年9月30日までの上乘せ分			1で算定した単位数の1000分の1に相当する単位数(0.1%)			
※以下該当者のみ							
3	入浴介助加算Ⅰ			40円			
4	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ			56円			
5	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			6円			
6	介護職員処遇改善加算Ⅰ			1～5で算定した単位数1000分の59に相当する単位数(5.9%)			

※通所型サービス・通所介護ともに、保険給付に係る自己負担額は、介護保険負担割合証に記載されている自己負担割合に基づき、計算された金額となります。(負担割合が2割の場合は1割の場合の概ね2倍、3割の場合は概ね3倍の金額となります。)

【通所介護・通所型サービス】

保険外サービス	
食費	770円
コピー(片面、利用者に関わるもののみ)	20円
レクリエーション費用	実費相当額
趣味活動費	実費相当額
おむつ代等	実費相当額
日用品費	実費相当額

**キャンセル料(昼食代)**

利用者の都合により利用をキャンセルされる場合、

- ・利用日の前日17:00まで連絡があった場合、キャンセル料はいただきません。
- ・利用日の前日17:00以降の連絡については770円実費をいただきます。