

【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			

※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

### 遊佐町

介護保険サービス 利用者負担額		
1	要支援 1 （1 月の中で全部で 4 回まで）	384 円（1 回）
	要支援 2 （1 月の中で全部で 5 回から 8 回まで）	395 円（1 回）
	要支援 1 （A 型サービス 1 月 4 回まで）	307 円（1 回）
	要支援 2 （A 型サービス 1 月 5～8 回まで）	316 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）（月額）		
3	運動器機能向上加算	225 円
4	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	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

### 【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
※以下該当者のみ							
2	入浴介助加算 I	40 円					
3	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56 円					
4	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%）					
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は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。 \_