

【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)	530 円	1 回 (月 6～10 回)	552 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)	530 円
	要支援 2	週 2 回 (月額)	3,428 円	1 回 (月 6～10 回)	552 円
※以下選択サービス (該当者のみ)					
2	運動器機能向上加算 (月額)		225 円		
3	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	
4	介護職員処遇改善加算 I		事業対象者・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 (5.9%)	
			事業対象者・A 型サ ービス (1 回)	20 円	
5	介護職員等ベースアップ等支援加算		事業対象者・要支援 1・2 (※従前相当サ ービスのみ) (月額)	1～3 で算定した単位数の 1000 分の 11 に相当する単位 数 (1.1%)	
介護保険外サービス					
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		
	※以下選択サービス(該当者のみ)				
2	運動器機能向上加算(月額)		225円		
3	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	
4	介護職員処遇改善加算Ⅰ (※従前相当サービスのみ・月額)		1～3で算定した単位数1000分の59に相当する単位数(5.9%)		
5	介護職員等ベースアップ等支援加算 (※従前相当サービスのみ)		1～3で算定した単位数1000分の11に相当する単位数(1.1%)		

遊佐町

介護保険サービス 利用者負担額			
1	要支援 1 (月の中で全部で 4 回まで)	384 円 (1 回)	
	要支援 2 (月の中で全部で 8 回まで)	395 円 (1 回)	
※以下選択サービス (該当者のみ) (月額)			
2	運動器機能向上加算	225 円	
3	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
4	介護職員処遇改善加算Ⅰ (※従前相当サービスのみ・月額)	1～3 で算定した単位数 1000 分の 59 に相当する 単位数 (5.9%)	
5	介護職員等ベースアップ等支援加算 (※従前相当サービスのみ)	1～3 で算定した単位数 1000 分の 11 に相当する 単位数 (1.1%)	

【通所介護】 通常規模型事業所 (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	270 円	368 円	386 円	567 円	581 円	655 円
	要介護 2	309 円	421 円	442 円	670 円	686 円	773 円
	要介護 3	350 円	477 円	500 円	773 円	792 円	896 円
	要介護 4	390 円	530 円	557 円	876 円	897 円	1,018 円
	要介護 5	430 円	585 円	614 円	979 円	1,003 円	1,142 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	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 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%)					
6	介護職員等ベースアップ等支援加算	1～4 で算定した単位数 1000 分の 11 に相当する 単位数 (1.1%)					

※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)	実費相当額
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。