

【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		従前相当サービス		A型サービス	
	事業対象者 要支援 1	週 1 回 (月額)	1,672 円	1 回 (月 4～5 回)	530 円
	事業対象者 要支援 2	週 2 回 (月額)	3,428 円	1 回 (月 8～10 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・要支援 2 （※従前相当サービスの のみ・月額）	1～3 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・要支援 1・要支援 2 （※A 型サービスの み・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・要支援 2 （※従前相当サービスの 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%）	
保険外サービス					
6	入浴加算（A 型サービスの み・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 (月 4 回まで)	384 円	1 回 (月 4 回まで)	269 円
		1 回 (月 8 回まで)	395 円	1 回 (月 8 まで)	277 円
	要支援 1	1 回 (月 4 回まで)	384 円	1 回 (月 4 回まで)	269 円
	要支援 2	1 回 (月 4 回まで)	395 円	1 回 (月 4 回まで)	277 円
		1 回 (月 8 回まで)	395 円	1 回 (月 8 回まで)	277 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 で算定した単位数の 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・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%）		

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		
	※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）（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）（月額）		1～3 で算定した単位数の 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（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%）		

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)	
※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) (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 (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 (月額)	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】 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	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)	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。