

【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 8～9 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 8～9 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 (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・要支援 1・2 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 (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)(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	介護職員等ベースアップ等支援 （※従前相当サービスののみ・月額）		1～3 で算定した単位数 1000 分の 11 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)	
※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（Ⅱ）	要支援 1	24 円
		要支援 2	48 円
4	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（Ⅰ） （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	356 円	374 円	541 円	561 円	626 円
	要介護 2	309 円	407 円	428 円	640 円	664 円	740 円
	要介護 3	350 円	460 円	484 円	739 円	766 円	857 円
	要介護 4	390 円	511 円	538 円	836 円	867 円	975 円
	要介護 5	430 円	565 円	594 円	935 円	969 円	1,092 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。