【通所型サービス】

酒田市

介護保険サービス 利用者負担額							
	事業対象者	1 回	518 円		1 回	540 円	
		(月 4~5 回)		()	月 8~9 回)		
		現行相当	サービス		A型サ	ービス	
1	要支援 1	週1回	1,655円		1 回	518 円	
		(月額)		()	月 4~5 回)		
	要支援 2	週 2 回	3, 393 円		1 回	540 円	
		(月額)		()	月 8~9 回)		
※以下選択サービス(該当者のみ)(月額)				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	
5	(※現行相当	サービスのみ)	要支援 2			48 円	
4	介護職員処遇	改善加算 I	要支援1・2(※現行 1~3で算定し		こした単位数 1000		
			相当サービスのみ	.)	分の 59 に相	目当する単位数	
			(月額)				
			事業対象者・A型サー			14 円	
			ビス(1回)				
	介護保険外サービス						
5	入浴加算(A型	型サービス) (1 回)			350 円		

庄内町

	介護保険サービス 利用者負担額					
	事業対象者 現行相当		サービス	A型サ	ービス	
		1回(原則月4回	380 円	1 回	266 円	
		まで)		(月4回まで)		
		月額(例外的に	1,655円			
		月5回以上利用)				
	要支援 1	1回(原則月4回	380 円	1回	266 円	
		まで)		(月4回まで)		
		月額(例外的に	1,655円			
1		月5回以上利用)				
	要支援 2	1回(原則月4回	380 円	1 回	266 円	
		まで)		(月4回まで)		
		月額(例外的に	1,655円			
		月5回以上利用)				
		1回(原則月8回	391 円	1 回	274 円	
		まで)		(月8回まで)		
		月額(例外的に	3, 393 円			
		月9回以上利用)				
		※以下選択サー	ビス(該当者の)み) (月額)		
2	2 運動器機能向上加算			225 円		
2	3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (※現行相当サービスのみ)		要支援1	24 F	円	
o l			要支援 2	48 F	円	
4	介護職員処遇	改善加算 I		た単位数 1000 分の) 59 に相当する	
			単位数			

鶴岡市

	介護保険サービス 利用者負担額					
	事業対象者	現行相当		A型サー	ビス	
		1回(1月の中で	380 円	1回 (1月の中で	266 円	
		全部で4回まで)		全部で4回まで)		
		月額(例外的に	1,655円			
		月5回以上利用)				
	要支援 1	1回(1月の中で	380 円	1回 (1月の中で	266 円	
		全部で4回まで)		全部で4回まで)		
		月額(例外的に	1,655円			
1		月5回以上利用)				
1	要支援 2	1回(1月の中で	380 円			
		全部で4回まで)				
		月額(例外的に	1,655円			
		月5回以上利用)				
		1回(1月の中で	391 円	1回(1月の中で	274 円	
		全部で5回から8		全部で5回から8		
		回まで)		回まで)		
		月額(例外的に	3, 393 円			
		月9回以上利用)				
		※以下選択サー	·ビス(該当者の			
2	運動器機能向上加算			225 円		
3		≤制強化加算(Ⅱ)	要支援1	24 円		
J	(※現行相当サービスのみ)		要支援 2 48 円			
4	介護職員処遇改善加算I			た単位数 1000 分の 5	9 に相当する	
			単位数			

三川町

	介護保険サー	ービス 利用	者負担額	
	要支援 1		1,655円(月額)	
1	(現行相当サービス 週1回)			
1	要支援 2		3,393円(月額)	
	(現行相当サービス 週2回)			
	※以下選択サーヒ	ごス(該当者の	つみ) (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	
J	グー こ へ 近 供 仲 向 独 仁 加 昇 (II)	要支援 2	48 円	
4	介護職員処遇改善加算I		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)

		介護保険サ	トービス	利用者負担	担額			
		2 時間	3 時間	4 時間	5 時間	6 時間	7 時間	
		以上	以上	以上	以上	以上	以上	
		3 時間	4 時間	5 時間	6 時間	7 時間	8 時間	
		未満	未満	未満	未満	未満	未満	
	要介護 1	249 円	340 円	356 円	517 円	535 円	598 円	
	要介護 2	286 円	389 円	408 円	611 円	632 円	706 円	
1	要介護 3	323 円	440 円	461 円	705 円	729 円	818 円	
	要介護 4	359 円	488 円	513 円	800 円	827 円	931 円	
	要介護 5	396 円	540 円	566 円	894 円	925 円	1043 円	
		*	以下該当者	ずのみ				
2	入浴介助加算		50 円					
3	3 個別機能訓練加算 (I)		46 円					
4	サービス体制強化加算	ī (Ⅱ)	6 円					
5	介護職員処遇改善加算	i I	~4 で算定	した単位数	1000 分の	59 に相当す	る単位数	

【通所型サービス 2割負担】

酒田市

	18 H 19						
		介護保険サ	ービス 利用者負	負担額	頂		
	事業対象者	1 回	1,036 円		1 回	1,080円	
		(月 4~5 回)		()	月 8~9 回)		
		現行相当 [、]	サービス		A型サ	ービス	
1	要支援 1	週1回	3,310円		1回	1,036円	
		(月額)		()	月 4~5 回)		
	要支援 2	週 2 回	6, 786 円		1回	1,080円	
		(月額)		()	月 8~9 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	450 円				
3	サービス提供体	制強化加算(Ⅱ)	要支援 1 48 円		48 円		
5	(※現行相当	サービスのみ)	要支援 2		!	96 円	
4	介護職員処遇	改善加算 I	要支援 1・2 (※ 雰	行	1~3 で算定	した単位数 1000	
			相当サービスのみ) 分の		分の 59 に相	分の 59 に相当する単位数	
			(月額)				
			事業対象者·A型	ナー		28 円	
			ビス (1回)				
			保険外サービス				
5	入浴加算(A型	型サービス) (1 回)	350 円				

庄内町

	介護保険サービス 利用者負担額						
	事業対象者	現行相当	サービス	A型サ	ービス		
		1回(原則月4回	760 円	1 回	532 円		
		まで)		(月4回まで)			
		月額(例外的に	3,310円				
		月5回以上利用)					
	要支援 1	1回(原則月4回	760 円	1 回	532 円		
		まで)		(月4回まで)			
		月額(例外的に	3,310円				
1		月5回以上利用)					
	要支援 2	1回(原則月4回	760 円	1 回	532 円		
		まで)		(月4回まで)			
		月額(例外的に	3,310円				
		月5回以上利用)					
		1回(原則月8回	782 円	1回	548 円		
		まで)		(月8回まで)			
		月額(例外的に	6, 786 円				
		月9回以上利用)	- Andreada la				
		※以下選択サー	ビス (該当者の				
2	運動器機能向上加算			450 円			
3	3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		要支援 1	48 [
Ŭ		(※現行相当サービスのみ)		要支援 2 96 円			
4	介護職員処遇	改善加算 I		た単位数 1000 分の) 59 に相当する		
			単位数				

鶴岡市

14時 叫	113						
	介護保険サービス 利用者負担額						
	事業対象者	現行相当	サービス	A型サ	ービス		
		1回(1月の中で	760 円	1回(1月の中	532 円		
		全部で4回まで)		で全部で4回			
				まで)			
		月額(例外的に	3,310 円				
		月5回以上利用)					
	要支援 1	1回(1月の中で	760 円	1回(1月の中	532 円		
		全部で4回まで)		で全部で4回			
				まで)			
		月額(例外的に	3,310円				
1		月5回以上利用)					
	要支援 2	1回(1月の中で	760 円				
		全部で4回まで)					
		月額(例外的に	3,310円				
		月5回以上利用)					
		1回(1月の中で	782 円	1回(1月の中	548 円		
		全部で5回から8		で全部で5回			
		回まで)		から8回ま			
				で)			
		月額(例外的に	6,786 円				
		月9回以上利用)					

※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	450 円			
J	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援 1	48 円		
J	(※現行相当サービスのみ)	要支援 2	96 円		
4	介護職員処遇改善加算I	1~3 で算定し	た単位数 1000 分の 59 に相当する		
		単位数			

三川町

<u> </u>	/IIPJ					
	介護保険サー	ービス 利用	者負担額			
	要支援 1	3,310円(月額)				
	(現行相当サービス 週1回)					
	要支援 2		6,786円(月額)			
1	(現行相当サービス 週2回)					
1	要支援 1		1,032円(1回)			
	(A型サービス 1月4回まで)					
	要支援 2	1,072円(1回)				
	(A型サービス 1月5~8回まで)					
	※以下選択サーヒ	ごス(該当者の	かみ) (月額)			
2	運動器機能向上加算	450 円				
3	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援 1	48 円			
5	ケーころ促供仲間短信加昇(Ⅱ)	要支援 2	96 円			
4	介護職員処遇改善加算I		した単位数 1000 分の 59 に相当する			
		単位数				
5	入浴加算(A型サービス)	350円(1回)				

【通所介護】 大規模型通所介護費(Ⅱ)

	介護保険サービス 利用者負担額						
		2 時間	3 時間	4 時間	5 時間	6 時間	7時間
		以上	以上	以上	以上	以上	以上
		3 時間	4 時間	5 時間	6 時間	7 時間	8 時間
		未満	未満	未満	未満	未満	未満
	要介護 1	498 円	680 円	712 円	1034 円	1070 円	1196 円
	要介護 2	572 円	778 円	816 円	1222 円	1264 円	1412 円
1	要介護 3	646 円	880 円	922 円	1410 円	1458 円	1636 円
	要介護 4	718 円	976 円	1026 円	1600 円	1654 円	1862 円
	要介護 5	792 円	1080 円	1132 円	1788 円	1850 円	2086 円
		*	以下該当者	育のみ			
2	入浴介助加算		50 円				
3	3 個別機能訓練加算(I)		46 円				
4	サービス体制強化加算	ī (II)	6 円				
5	介護職員処遇改善加算	i I 1	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・通所型サービス】

介護保険夕	トサービス				
食費	700 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 700 円実費いただきます。