

○基本料金（1日につき）※大規模型通所介護（Ⅱ）単価

所要時間	要介護1		要介護2		要介護3	
	介護報酬基準額	1割負担額	介護報酬基準額	1割負担額	介護報酬基準額	1割負担額
5時間以上 6時間未満	5,140円	514円	6,080円	608円	7,020円	702円
6時間以上 7時間未満	5,320円	532円	6,290円	629円	7,250円	725円
7時間以上 8時間未満	5,950円	595円	7,030円	703円	8,140円	814円
所用時間	要介護4		要介護5			
	介護報酬基準額	1割負担額	介護報酬基準額	1割負担額		
3時間以上 5時間未満	7,960円	796円	8,900円	890円		
5時間以上 7時間未満	8,230円	823円	9,200円	920円		
7時間以上 9時間未満	9,260円	926円	10,380円	1,038円		

○加算料金

項目	金額		内容
	介護報酬基準額	1割負担額	
入浴介助加算	500円	50円	入浴介助を行った場合の利用日数
個別機能訓練加算Ⅰ	460円	46円	機能訓練計画書を作成し実施した日数
中重度者ケア体制加算	450円	45円	サービス提供日数
口腔機能向上加算	1,500円	150円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度に利用した回数
若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	サービス提供日数
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費に各種加算減算額を加えた1月当たりの総単位数×5.9%×10円	左記により算出された額の1割	介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

○基本料金（1月につき）

介護度	介護報酬基準額	1割負担額	2割負担
通所型サービス1	16,470円	1,647円	3,294円
通所型サービス2	33,770円	3,377円	6,754円
通所型サービス 1回数	利用日数×378単位 (1月の中で全部で4回まで)	378円	756円
通所型サービス 2回数	利用日数×389単位 (1月の中で全部で5回～8回まで)	389円	778円

項目	金額			内容
	介護報酬基準額	1割負担額	2割負担額	
口腔機能向上加算	1,500円	150円	300円	1月に1回
若年性認知症 利用者受入加算	2,400円	240円	480円	1月に1回
介護職員処遇 改善加算（Ⅲ）	基本サービス費に各種加算減算額を加えた1月当たりの総単位数×2.2%×10円	左記により算出された額の1割又は2割		介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です

提供されたサービスが法定代理受領サービスの場合、利用者の支払う利用料は、1割負担額となります。法定代理受領サービスでない場合は、介護報酬基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

※平成27年8月から一定以上の所得がある利用者については2割負担となる場合があります。

（3）その他の費用（介護保険適用外）について

サービス	利用者負担額	算定回数等
食事サービス	390円	食事サービスを利用した食数
材料費	実費	クラブ活動で使用する手工芸材料費

4 利用料、利用者負担額及びその他の費用の請求及び支払い方法

利用料の請求方法等	<p>ア. 利用料等はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日までに利用者あてお届けしますので、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>①利用者指定口座からの自動振替</p> <p>②現金支払い</p> <p>ウ. お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。</p>
-----------	--