

グリーンハイム荒川(デイサービスセンター)  
利用料金

①基本料金

お支払いいただく料金の単価は下記のとおりです。  
通常規模型通所介護費（3時間以上4時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	3,967円	397円	794円	1,191円
要介護2	4,545円	455円	909円	1,364円
要介護3	5,144円	515円	1,029円	1,544円
要介護4	5,722円	573円	1,145円	1,717円
要介護5	6,311円	632円	1,263円	1,894円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（4時間以上5時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	4,163円	417円	833円	1,249円
要介護2	4,774円	478円	955円	1,433円
要介護3	5,395円	540円	1,079円	1,619円
要介護4	6,005円	601円	1,201円	1,802円
要介護5	6,627円	663円	1,326円	1,989円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（5時間以上6時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,114円	612円	1,223円	1,835円
要介護2	7,226円	723円	1,446円	2,168円
要介護3	8,338円	834円	1,668円	2,502円
要介護4	9,450円	945円	1,890円	2,835円
要介護5	10,562円	1,057円	2,113円	3,169円

介護報酬単価の計算上、実際の金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（6時間以上7時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,267円	627円	1,254円	1,881円
要介護2	7,401円	741円	1,481円	2,221円
要介護3	8,545円	855円	1,709円	2,564円
要介護4	9,679円	968円	1,936円	2,904円
要介護5	10,823円	1,083円	2,165円	3,247円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（7時間以上8時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,063円	707円	1,413円	2,119円
要介護2	8,338円	834円	1,668円	2,502円
要介護3	9,668円	967円	1,934円	2,901円
要介護4	10,987円	1,099円	2,198円	3,297円
要介護5	12,317円	1,232円	2,464円	3,696円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

通常規模型通所介護費（8時間以上9時間未満の利用料）

要介護度	一日あたりの利用料金 (介護報酬額)	一日あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,183円	719円	1,437円	2,155円
要介護2	8,491円	850円	1,699円	2,548円
要介護3	9,831円	984円	1,967円	2,950円
要介護4	11,183円	1,119円	2,237円	3,355円
要介護5	12,535円	1,254円	2,507円	3,761円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

## ②加算料金

加 算 項 目	利 用 料 金 (介護報酬額)	介 護 保 険 適 用 時 自 己 負 担 金		
		1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
入 浴 介 助 加 算	545円	55円	109円	164円
中 重 度 ケ ア 体 制 加 算	490円	49円	98円	147円
生 活 機 能 向 上 連 携 加 算	2,180円	218円	436円	654円
生活機能向上連携加算(個別機能訓練算定時)	1,090円	109円	218円	327円
個 別 機 能 訓 練 加 算 ( I )	501円	51円	101円	151円
個 別 機 能 訓 練 加 算 ( II )	610円	61円	122円	183円
A D L 維 持 等 加 算 ( I )	32円	4円	7円	10円
A D L 維 持 等 加 算 ( II )	65円	7円	13円	20円
認 知 症 加 算	654円	66円	131円	197円
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	654円	66円	131円	197円
口 腔 機 能 向 上 加 算※1	1,635円	164円	327円	491円
栄 養 改 善 加 算※1	1,635円	164円	327円	491円
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算	54円	6円	11円	17円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 ( I ) イ	196円	20円	40円	59円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 ( I ) ロ	130円	13円	26円	39円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 ( II )	65円	7円	13円	20円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 ( III )	65円	7円	13円	20円
事 業 者 が 送 迎 を 行 わ ない 場 合 の 減 算※2	△512円	△52円	△103円	△154円

※1：月2回を限度とします。 ※2：片道につき。

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

## ③介護職員処遇加算

介護職員処遇改善費 ( I ) ※1	介護報酬総単位数×5.9×10.9
--------------------	-------------------

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

## 介護職員等特定処遇改善加算

介護職員特定処遇改善加算 ( I ) ※1	介護報酬総単位数×1.2%×10.9
-----------------------	--------------------

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

(2) 第一号通所介護

①基本料金

要介護度	一月あたりの利用料金 (介護報酬額)	1月あたりの自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 (週1回利用)	18,039円	1,804円	3,608円	5,412円
要支援2 (週2回利用)	36,983円	3,699円	7,397円	11,095円
要支援2 (週1回利用)	18,497円	1,850円	3,700円	5,550円

②加算料金 (一月につき)

加算項目	利用料金 (介護報酬額)	介護保険適用時 自己負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
運動器機能向上加算	2,452円	246円	491円	736円
若年性認知症利用者受入加算	2,616円	262円	524円	785円
口腔機能向上加算	1,635円	164円	327円	491円
栄養改善加算	1,635円	164円	327円	491円
生活機能向上グループ活動加算	1,090円	109円	218円	327円
サービス提供体制強化加算(I)イ 要支援1・要支援2(週1回利用)	784円	79円	157円	236円
サービス提供体制強化加算(I)イ 要支援2	1,569円	157円	314円	471円
サービス提供体制強化加算(I)ロ 要支援1・要支援2(週1回利用)	523円	53円	105円	157円
サービス提供体制強化加算(I)ロ 要支援2	1,046円	105円	210円	314円
サービス提供体制強化加算(II) 要支援1・要支援2(週1回利用)	261円	27円	53円	79円
サービス提供体制強化加算(II) 要支援2	523円	53円	105円	157円
事業者評価加算	1,308円	131円	262円	393円

介護報酬単価の計算上、実際の請求金額と差が出る場合があります。

③介護職員処遇加算

介護職員処遇改善費 (I) ※1	介護報酬総単位数×5.9×10.9
------------------	-------------------

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に準じます。

介護職員等特定処遇改善加算

介護職員等特定処遇改善加算 (I) ※1	介護報酬総単位数×1.2%×10.9
----------------------	--------------------

※1：自己負担金は、計算式から算出された金額の負担割合証の割合に

準じます。

#### 4. 自己負担料金

	自己負担	備考
食 事 代	1食につき 650円 (全額自己負担)	食事代 600円 おやつ代 50円
文 書 複 写 費	1枚につき 10円 (全額自己負担)	
証 明 書 ・ 文 書 作 成 料	1種類につき 200円 (全額自己負担)	
開 示 手 数 料	1件につき 500円	消費税は別途

※介護保険の対象であっても、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。この場合は一旦1か月あたり上記該当金額をいただき、サービス提供証明書を発行致します。  
このサービス提供証明書を後日荒川区の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

#### 5. キャンセル料金

①利用日前日の午後5時30分までにご連絡いただいた場合	無 料
②利用日前日の午後5時30分以降にご連絡いただいた場合	400円

キャンセル料金は、利用日の『食材料費』を請求いたします。

ご連絡がいただけなかった場合についても、利用日前日の午後5時以降にご連絡いただいた場合と同様に請求いたします。

#### 6. 支払方法

口 座 振 替	郵便局自動引落とし (手数料は、利用者負担となります)
料金請求指定日	翌月15日までに
料金支払指定日	翌月25日までに
現 金	やむを得ず上記の方法が取れない場合に限りです。



# 利用申込書

ご利用者様基本情報			
ふりがな		男・女	生年月日
氏名	様		年 月 日 歳
住所	電話番号		
被保険者番号	要介護(要支援)度	要介護 要支援	
認定期間	年 月 日 ~	年 月 日	認定日 年 月 日
介護保険負担割合	割 生活保護	無 ・ 有	障害等認定 身障 ・ 療育 ・ 精神 ・ 難病
ご家族状況	氏名(主介護者は◎)	続柄 同居・別居	備考(住所・電話番号など)

ご利用者様 ADL ・ 身体情報等			
移動	屋外	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子	備考 ( )
	屋内	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子	備考 ( )
排泄	自力 ・ 介助 ( )	下着	パンツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ 紙オムツ
食事	自力 ・ 介助 ( )	義歯	無 ・ 上 ・ 下
入浴	自力 ・ 介助 ( )		
既往歴・現病			
認知症	無 ・ 有 ( )	周辺症状 ( )	
日常生活自立度	自立	I II IIa IIb IIc III IIIa IIIb IV M	
障害高齢者日常生活自立度	自立	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	

ご希望回数/曜日	回	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
送迎	ステップ乗車可 ・ リフト乗車	入浴 無 ・ 有 ( 歩行浴 ・ リフト浴 )
その他		

居宅介護支援事業所名	事業所番号
ご担当者	電話番号

**社会福祉法人 聖風会**  
〒116-0003 東京都荒川区南千住6丁目36-5  
■ グリーンハイム荒川 デイサービスセンター TEL: 03-3802-7562 担当: 高下・日比

FAX 03-3802-7564

# 見学申込書

見学者様情報	
見学者様氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 歳
住所	
電話番号	
要介護(要支援)度	要介護 要支援
見学希望日	
送迎希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> ステップ乗車可 <input type="checkbox"/> リフト乗車 )
同伴者の有無	<input type="checkbox"/> 家族 ( 続柄 ) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> なし
その他	

居宅介護支援事業所名	
ご担当者	
電話番号	

見学概要	見学にあたって
<p>14:00頃から15:00頃まで(送迎時間含む)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ デイサービス概要・1日の流れ</li><li>○ レクリエーション・機能訓練・入浴などのご説明</li></ul> <p>※ その他の質問にもお答えいたします</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 送迎のある方は、ご自宅到着10分前にご連絡いたします</li><li>■ お迎え時に検温・体調確認をさせていただきます</li><li>■ 当日の体調がすぐれない場合は延期することも可能ですので、ご相談ください</li></ul>

※ 上記時間以外での見学に関しましては、ご相談ください。

	<p><b>社会福祉法人 聖風会</b> 〒116-0003 東京都荒川区南千住6丁目36-5</p> <p>■ グリーンハイム荒川 デイサービスセンター TEL: 03-3802-7562 担当: 高下・日比</p>
---	---

**FAX 03-3802-7564**