

3. 利用料金

(1) 通所介護

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)	1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, 0 1 1 円	4 0 2 円	8 0 3 円	1, 2 0 4 円
要介護2	4, 5 8 8 円	4 5 9 円	9 1 8 円	1, 3 7 7 円
要介護3	5, 1 9 9 円	5 2 0 円	1, 0 4 0 円	1, 5 6 0 円
要介護4	5, 7 7 7 円	5 7 8 円	1, 1 5 6 円	1, 7 3 4 円
要介護5	6, 3 7 6 円	6 3 8 円	1, 2 7 6 円	1, 9 1 3 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)	1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, 2 0 7 円	4 2 1 円	8 4 2 円	1, 2 6 3 円
要介護2	4, 8 1 7 円	4 8 2 円	9 6 4 円	1, 4 4 6 円
要介護3	5, 4 5 0 円	5 4 5 円	1, 0 9 0 円	1, 6 3 5 円
要介護4	6, 0 7 1 円	6 0 8 円	1, 2 1 5 円	1, 8 2 2 円
要介護5	6, 6 9 2 円	6 7 0 円	1, 3 3 9 円	2, 0 0 8 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)	1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, 1 8 0 円	6 1 8 円	1 2 3 6 円	1, 8 5 4 円
要介護2	7, 3 0 3 円	7 3 1 円	1, 4 6 1 円	2, 1 9 1 円
要介護3	8, 4 2 5 円	8 4 3 円	1, 6 8 5 円	2, 5 2 8 円
要介護4	9, 5 4 8 円	9 5 5 円	1, 9 1 0 円	2, 8 6 5 円
要介護5	1 0, 6 7 1 円	1, 0 6 8 円	2, 1 3 5 円	3, 2 0 2 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)	１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	６，３３２円	６３４円	１，２６７円	１，９００円
要介護２	７，４７７円	７４８円	１，４９６円	２，２４４円
要介護３	８，６３２円	８６４円	１，７２７円	２，５９０円
要介護４	９，７７７円	９７８円	１，９５６円	２，９３４円
要介護５	１０，９３２円	１，０９４円	２，１８７円	３，２８０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)	１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	７，１３９円	７１４円	１，４２８円	２，１４２円
要介護２	８，４２５円	８４３円	１，６８５円	２，５２８円
要介護３	９，７６６円	９７７円	１，９５４円	２，９３０円
要介護４	１１，０９６円	１，１１０円	２，２２０円	３，３２９円
要介護５	１２，４４７円	１，２４５円	２，４９０円	３，７３５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)	１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	７，２５９円	７２６円	１，４５２円	２，１７８円
要介護２	８，５７８円	８５８円	１，７１６円	２，５７４円
要介護３	９，９２９円	９９３円	１，９８６円	２，９７９円
要介護４	１１，２９２円	１，１３０円	２，２５９円	３，３８８円
要介護５	１２，６６５円	１，２６７円	２，５３３円	３，８００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 I	4 3 6 円	4 4 円	8 8 円	1 3 1 円
入 浴 介 助 加 算 II	5 9 9 円	6 0 円	1 2 0 円	1 8 0 円
中 重 度 ケ ア 体 制 加 算	4 9 0 円	4 9 円	9 8 円	1 4 7 円
生 活 機 能 連 携 加 算 I ※ 1	1, 0 9 0 円	1 0 9 円	2 1 8 円	3 2 7 円
生 活 機 能 連 携 加 算 II	2, 1 8 0 円	2 1 8 円	4 3 6 円	6 5 4 円
個 別 機 能 訓 練 加 算 (I) イ	6 1 0 円	6 1 円	1 2 2 円	1 8 3 円
個 別 機 能 訓 練 加 算 (I) ロ	9 2 6 円	9 3 円	1 8 6 円	2 7 8 円
個 別 機 能 訓 練 加 算 II	2 1 8 円	2 2 円	4 4 円	9 9 円
A D L 維 持 等 加 算 (I)	3 2 7 円	3 3 円	6 6 円	9 9 円
A D L 維 持 等 加 算 (II)	6 5 4 円	6 6 円	1 3 1 円	1 9 7 円
認 知 症 加 算	6 5 4 円	6 6 円	1 3 1 円	1 9 7 円
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	6 5 4 円	6 6 円	1 3 1 円	1 9 7 円
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 I	2 1 8 円	2 2 円	4 4 円	6 6 円
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 II ※ 2	5 4 円	6 円	1 1 円	1 7 円
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	5 4 5 円	5 5 円	1 0 9 円	1 6 4 円
口 腔 機 能 向 上 加 算 I ※ 3	1, 6 3 5 円	1 6 4 円	3 2 7 円	4 9 1 円
口 腔 機 能 向 上 加 算 II ※ 3	1, 7 4 4 円	1 7 5 円	3 4 9 円	5 2 4 円
栄 養 改 善 加 算 ※ 3	2, 1 8 0 円	2 1 8 円	4 3 6 円	6 5 4 円
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	5 4 5 円	5 5 円	1 0 9 円	1 6 4 円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 I	2 3 9 円	2 4 円	4 8 円	7 2 円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 II	1 9 6 円	2 0 円	4 0 円	5 9 円
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 III	6 5 円	7 円	1 3 円	2 0 円
事業者が送迎を行わない場合の減算※ 4	△ 5 1 2 円	△ 5 2 円	△ 1 0 3 円	△ 1 5 4 円

※ 1 : 3ヵ月に1回を限度。

※ 2 : 6ヶ月に1回を限度。

※ 3 : 3ヶ月以内、月2回を限度。

※ 4 : 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。

介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算（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
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）※1	介護報酬総単位数×1.0%×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）第一号通所事業（通所型サービス）

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)	18,224円	1,823円	3,645円	5,468円
要支援2 (週2回利用)	37,365円	3,737円	7,473円	11,210円
	一回あたりの利用料金 (介護報酬額)	1回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 (1月4回まで)	4,185円	419円	837円	1,256円
要支援2 (1月5回から8回まで)	4,305円	431円	861円	1,292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（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
生活機能向上グループ活動加算	1, 0 9 0 円	1 0 9 円	2 1 8 円	3 2 7 円
運 動 機 能 向 上 加 算	2, 4 5 2 円	2 4 6 円	4 9 1 円	7 3 6 円
若年性認知症利用者受入加算	2, 6 1 6 円	2 6 2 円	5 2 4 円	7 8 5 円
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	5 4 5 円	5 5 円	1 0 9 円	1 6 4 円
栄 養 改 善 加 算	2, 1 8 0 円	2 1 8 円	4 3 6 円	6 5 4 円
口 腔 機 能 向 上 加 算 (I)	1, 6 3 5 円	1 6 4 円	3 2 7 円	4 9 1 円
口 腔 機 能 向 上 加 算 (II)	1, 7 4 4 円	1 7 5 円	3 4 9 円	5 2 4 円
選択的サービス複数実施加算 (I) 運動機能向上及び栄養改善	5, 2 3 2 円	5 2 4 円	1, 0 4 7 円	1, 5 7 0 円
選択的サービス複数実施加算 (I) 運動機能向上及び口腔機能向上	5, 2 3 2 円	5 2 4 円	1, 0 4 7 円	1, 5 7 0 円
選択的サービス複数実施加算 (I) 栄養改善及び口腔機能向上	5, 2 3 2 円	5 2 4 円	1, 0 4 7 円	1, 5 7 0 円
選択的サービス複数実施加算 (II) 運動機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	7, 6 3 0 円	7 6 3 円	1, 5 2 6 円	2, 2 8 9 円
事 業 所 評 価 加 算	1, 3 0 8 円	1 3 1 円	2 6 2 円	3 9 3 円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	9 5 9 円	9 6 円	1 9 2 円	2 8 8 円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	1, 9 1 8 円	1 9 2 円	3 8 4 円	5 7 6 円
サービス提供体制強化加算 (II) 要支援1	7 8 4 円	7 9 円	1 5 7 円	2 3 6 円
サービス提供体制強化加算 (II) 要支援2	1, 5 6 9 円	1 5 7 円	3 1 4 円	4 7 1 円
サービス提供体制強化加算 (III) 要支援1	2 6 1 円	2 7 円	5 3 円	7 9 円
サービス提供体制強化加算 (III) 要支援2	5 2 3 円	5 3 円	1 0 5 円	1 5 7 円
生活機能向上連携加算 (I) ※1	1, 0 9 0 円	1 0 9 円	2 1 8 円	3 2 7 円
生活機能向上連携加算 (II)	2, 1 8 0 円	2 1 8 円	4 3 6 円	6 5 4 円
生活機能向上連携加算 (II) 運動機能向上加算を算定している場合	1, 0 9 0 円	1 0 9 円	2 1 8 円	3 2 7 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) ※2	2 1 8 円	2 2 円	4 4 円	6 6 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) ※2	5 4 円	6 円	1 1 円	1 7 円
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	4 3 6 円	4 4 円	8 8 円	1 3 1 円

※1：3ヵ月に1回を限度 ※2：6ヵ月に1回を限度
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。

介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算 (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
介護職員等特定処遇改善加算 (II) ※1	介護報酬総単位数×1. 0%×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 576円 (全額自己負担) ※おやつバイキングや忘年会等の行事食の際には、別途追加負担金が発生します。	
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

・その他の自己負担金

介護用品	尿取りパット	1枚	実費	原則ご持参願います
	リハビリパンツ	1枚	実費	原則ご持参願います
	テープ式オムツ	1枚	実費	原則ご持参願います
通所用品	行事費（外出費）		実費	飲食代、入場料等その他経費。車両関係費等。
	選択別活動材料費		実費	希望による工作等の費用

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台東区の窓口に提出しますと、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利用日の前日の午後5時までに ご連絡いただいた場合	無 料
②利用日の前日の午後5時以降に ご連絡いただいた場合	5 7 6 円

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。

7. 当法人の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	社 会 福 祉 法 人 聖 風 会	
代表者役職・氏名	理 事 長 近 藤 常 博	
本 部 所 在 地	〒121-0061 東京都足立区花畑四丁目39番10号	
電 話 番 号	03-3883-7955	
定 款 の 目 的 に 定 め た 事 業	1. 第1種社会福祉事業 2. 第2種社会福祉事業 3. 公益事業 4. 収益事業	
施 設 ・ 拠 点 等	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	7 か所
	軽費老人ホーム（ケアハウス）	1 か所
	認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム）	1 か所
	短期入所生活介護（ショートステイ）	7 か所
	通所介護（デイサービス）	7 か所
	認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）	5 か所
	訪問介護（ヘルパーステーション）	2 か所
	居宅介護支援（ケアマネージメントセンター）	3 か所
	地域包括支援センター	6 か所

（本契約書別紙に記載の内容は、今後、やむを得ない事情により、変更となる事があります）