

(1) 基本料金

お支払いいただく料金は下記のとおりです。

① 認知症対応型通所介護費 (ii) (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	5,450円	545円	1,090円	1,635円
要介護2	6,005円	601円	1,201円	1,802円
要介護3	6,537円	654円	1,308円	1,962円
要介護4	7,092円	710円	1,419円	2,128円
要介護5	7,636円	764円	1,528円	2,291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 認知症対応型通所介護費 (ii) (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	5,716円	572円	1,144円	1,715円
要介護2	6,282円	629円	1,257円	1,885円
要介護3	6,859円	686円	1,372円	2,058円
要介護4	7,425円	743円	1,485円	2,228円
要介護5	7,992円	800円	1,599円	2,398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 認知症対応型通所介護費 (ii) (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	8,558円	856円	1,712円	2,568円
要介護2	9,479円	948円	1,896円	2,844円
要介護3	10,389円	1,039円	2,078円	3,117円
要介護4	11,277円	1,128円	2,256円	3,384円
要介護5	12,198円	1,220円	2,440円	3,660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。

④認知症対応型通所介護費（ii）（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	8,769円	877円	1,754円	2,631円
要介護2	9,723円	973円	1,945円	2,917円
要介護3	10,656円	1,066円	2,132円	3,197円
要介護4	11,566円	1,157円	2,314円	3,470円
要介護5	12,509円	1,251円	2,502円	3,753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。

⑤認知症対応型通所介護費（ii）（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	9,923円	993円	1,985円	2,977円
要介護2	10,977円	1,098円	2,196円	3,294円
要介護3	12,054円	1,206円	2,411円	3,617円
要介護4	13,131円	1,314円	2,627円	3,940円
要介護5	14,185円	1,419円	2,837円	4,256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。

⑥認知症対応型通所介護費（ii）（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	10,234円	1,024円	2,047円	3,071円
要介護2	11,322円	1,133円	2,265円	3,397円
要介護3	12,432円	1,244円	2,487円	3,730円
要介護4	13,553円	1,356円	2,711円	4,066円
要介護5	14,663円	1,467円	2,933円	4,399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
<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介助加算Ⅰ	444円	45円	89円	134円
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算Ⅱ	610円	61円	122円	183円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算Ⅰ	1,110円	111円	222円	333円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算Ⅱ	2,220円	222円	444円	666円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ	299円	30円	60円	90円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅱ	222円	23円	45円	67円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	666円	67円	134円	200円
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算Ⅰ	333円	34円	67円	100円
<input type="checkbox"/> ADL維持等加算Ⅱ	666円	67円	134円	200円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	222円	23円	45円	67円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	55円	6円	11円	17円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅰ※1	1,665円	167円	333円	500円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅱ※1	1,776円	178円	356円	533円
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算	555円	56円	111円	167円
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算※1	2,220円	222円	444円	666円
<input checked="" type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	444円	45円	89円	134円
<input checked="" type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ	244円	25円	49円	74円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ	199円	20円	40円	60円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅲ	66円	7円	14円	20円
<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が送迎を行わない場合の減算※2	△521円	△53円	△105円	△157円
<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅰ※3	介護報酬総単位数×18.1%×11.10			
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ※3	介護報酬総単位数×17.4%×11.10			

※1：月2回を限度とします。

※2：送迎片道につき

※3：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) 介護予防認知症対応型通所介護

①基本料金

① 介護予防認知症対応型 (ii) (3時間以上4時間未満の利用料)

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	4,761円	477円	953円	1,429円
要支援2	5,283円	529円	1,057円	1,585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 介護予防認知症対応型 (ii) (4時間以上5時間未満の利用料)

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	4,983円	499円	997円	1,495円
要支援2	5,527円	553円	1,106円	1,659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 介護予防認知症対応型 (ii) (5時間以上6時間未満の利用料)

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	7,403円	741円	1,481円	2,221円
要支援2	8,247円	825円	1,650円	2,475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。

④ 介護予防認知症対応型 (ii) (6時間以上7時間未満の利用料)

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	7,592円	760円	1,519円	2,278円
要支援2	8,458円	846円	1,692円	2,538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。

⑤ 介護予防認知症対応型 (ii) (7時間以上8時間未満の利用料)

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	8,580円	858円	1,716円	2,574円
要支援2	9,590円	959円	1,918円	2,877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。

⑥ 介護予防認知症対応型 (ii) (8時間以上9時間未満の利用料)

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	8,857円	886円	1,772円	2,658円
要支援2	9,890円	989円	1,978円	2,967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
<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介助加算Ⅰ	444円	45円	89円	134円
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算Ⅱ	610円	61円	122円	183円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算Ⅰ	1,110円	111円	222円	333円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算Ⅱ	2,220円	222円	444円	666円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ	299円	30円	60円	90円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅱ	222円	23円	45円	67円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	666円	67円	134円	200円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	222円	23円	45円	67円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	55円	6円	11円	17円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅰ※1	1,665円	167円	333円	500円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅱ※1	1,776円	178円	356円	533円
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算	555円	56円	111円	167円
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算※1	2,220円	222円	444円	666円
<input checked="" type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	444円	45円	89円	134円
<input checked="" type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ	244円	25円	49円	74円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ	199円	20円	40円	60円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅲ	66円	7円	14円	20円
<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が送迎を行わない場合の減算※2	△521円	△53円	△105円	△157円
<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅰ※3	介護報酬総単位数×18.1×11.10			
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ※3	介護報酬総単位数×17.4×11.10			

※1：月2回を限度とします。

※2：片道につき。

※3：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

4. 自己負担料金

	自己負担	備考
食事代	1食につき 750円 (全額自己負担)	(おやつ代含む)
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)	別途消費税
開示手数料	1件につき 500円	別途消費税

・その他の自己負担金

通所用品	行事費 (外出費)	実費	飲食代、入場料等その他経費。
	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足立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利用日の前日午後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30分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)
現金	やむを得ず上記の方法が取れない場合に限りです。
料金請求	翌月15日までに
料金支払	翌月20日までに