

サービス利用料金

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について料金の例として1割負担を表示していますが、各利用者の負担割合に応じて算定します。

サービス提供時間数	3時間以上 4時間未満		4時間以上 5時間未満		5時間以上 6時間未満	
	利用料 (1日当り)	利用者 1割負担 額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 1割負担 額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 1割負担 額 (1日当り)
要介護1	4,274円	428円	4,472円	448円	6,740円	674円
要介護2	4,901円	491円	5,130円	513円	7,952円	796円
要介護3	5,538円	554円	5,799円	580円	9,185円	919円
要介護4	6,155円	616円	6,447円	648円	10,397円	1,040円
要介護5	6,802円	681円	7,126円	713円	11,630円	1,163円

サービス提供時間数	6時間以上 7時間未満		7時間以上 8時間未満		8時間以上 9時間未満	
	利用料 (1日当り)	利用者 1割負担 額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 1割負担 額 (1日当り)	利用料 (1日当り)	利用者 1割負担 額 (1日当り)
要介護1	6,959円	696円	7,722円	773円	8,025円	803円
要介護2	8,213円	822円	9,122円	913円	9,488円	949円
要介護3	9,488円	949円	10,575円	1,058円	10,993円	1,100円
要介護4	10,753円	1,076円	10,753円	1,076円	12,508円	1,251円
要介護5	12,017円	1,202円	13,459円	1,346円	13,992円	1,400円

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び地域密着型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る地域密着型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに地域密着型通

所介護計画の見直しを行いません。

- ※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び地域密着型通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。
- ※ 利用者に対して送迎を行わない場合は、片道につき利用料が491円（利用者負担50円）減額されます。

	加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
要介護度による区分なし	個別機能訓練加算（Ⅰ）	480円	48円	個別機能訓練を実施した日数
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	585円	59円	
	栄養改善加算	1,567円	157円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	口腔機能向上加算	1,567円	157円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
	入浴介助加算	522円	53円	入浴介助を実施した日数
	若年性認知症利用者受入加算	627円	63円	サービス提供日数
	中重度者ケア体制加算	470円	47円	サービス提供日数
	認知症加算	627円	63円	サービス提供日数
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	188円	19円	サービス提供日数
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	125円	13円	
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	62円	7円	
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	62円	7円	
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の59/1000	左記の負担割合	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の43/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の23/1000			
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	（Ⅲ）の90/100			
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	（Ⅲ）の80/100			
介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の12/1000	左記の負担割合	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）	
介護職員特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の10/1000			

- ※ 個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定地域密着型通所介護事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ師が利用者の居宅を訪問したうえで、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅訪問のうえで、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っている場合に算定します。
- ※ 介護職員処遇改善加算は、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。
- ※ 地域区分別（5級地）の単価を含んでいます。
- ※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、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に、利用者負担額を除いた地域密着型介護サービス費の支給申請を行ってください。

その他の費用について

① キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	当日午前9時までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日午前9時までにご連絡のない場合	1提供当たり 700 円を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
② 食事の提供に要する費用	700 円（1食当たりの食材料費及び調理コスト、おやつ代を含む。）	
③ おむつ代	100 円（1枚当たり）	
④ 日常生活費	10 円（複写物） 各 100 円（連絡帳、連絡袋） 実費料金（サークル活動の材料費などに要する費用）	

デイサービス 胡蝶の夢

令和2年11月1日 指定 兵庫県 2893100210 号

〒666-0115 兵庫県川西市向陽台1丁目6-39

TEL 072-792-5510 FAX 072-792-5513

管理者：西山 道代