

デイサービスセンター共生の里津福

元気向上通所サービス料金表 (元気デイ)

(1) (所要時間2時間以上3時間未満)

介護度	基本利用料 (1回あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
事業対象者	1930円	193円	386円	579円
要支援1	1930円	193円	386円	579円
要支援2	3850円	385円	770円	1155円

(所要時間3時間以上5時間未満)

介護度	基本利用料 (1回あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
事業対象者	2100円	210円	420円	630円
要支援1	2100円	210円	420円	630円
要支援2	4320円	432円	864円	1296円

(利用回数)

介護度	利用回数
事業対象者	8回まで/月
要支援1	
要支援2	

(2) 各種加算項目(選択サービス)1ヵ月分

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算額			
	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
生活機能向上 グループ活動加算	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
栄養改善加算	2,000円/月	200円/月	400円/月	600円/月
栄養改善 アセスメント加算	500円/月	50円/月	100円/月	150円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	1,500円/月	150円/月	300円/月	450円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	1,600円/月	160円/月	320円/月	480円/月

加算の種類	加算額			
	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
生活機能向上 連携加算(Ⅰ)	100円/月	100円/月	200円/月	300円/月
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	200円/月	200円/月	400円/月	600円/月
口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅰ)	200円/回	20円/回	40円/回	60円/回
口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅱ)	50円/回	5円/回	10円/回	15円/回
科学的介護 推進体制加算	400円/月	40円/月	80円/月	120円/月
口腔ケア加算 (事業対象者・ 要支援1)	150円/回	15円/回	30円/回	45円/回
口腔ケア加算 (要支援2)	200円/回	20円/回	40円/回	60円/回
軽度化加算Ⅰ	500円/月	算定要件あり		
軽度化加算Ⅱ1	1,000円/月	算定要件あり		
軽度化加算Ⅱ2	1,000円/月	算定要件あり		

※ご利用者負担額は久留米市が定める報酬額の1割又は2割又は3割です

※送迎減算(送迎が行われない場合)について:1回の片道につき1回の基本料金から1割のご利用者様の負担減になります。

(3) その他の料金

食事代	680円	
入浴代	500円	
通常事業の実施地域以外の地域 に係る送迎の追加費用	事業所から片道10km以下のとき	無料
	事業所から片道10kmを超えるとき	300円(往復)
オムツ代	尿とりパット	1枚 20円
	リハビリパンツ	1枚 80円
記録物等のコピー代	1枚 10円	

※昼食費は条件により異なる場合があります。上表のほか、その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。(利用者個人の選択に係る工作材料等の実費等)

(4) キャンセル料

利用者のご都合により利用をキャンセルされる場合は、当日午前8時40分までにご連絡いただいた場合は無料、それ以降のキャンセルの場合はキャンセル料として食事代に相当する料金をいただきます。