

エルダーデイサービスセンター料金表

～介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービスA）～

（１）１割負担の方

（単位：円）

介護 度	介護報酬対象			介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）
	基本サービス費		サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）イ	
	イ １週当たりの標準的 な回数を定める場合	ロ １月当たりの回数を 定める場合	１月につき	
要 支 援 １	1,699	363 （月に３回まで）	80	加算率 9.2%
要 支 援 ２	3,182	363 （月に７回まで）	159	

事業所が送迎を行わない場合は減算 40 円（片道につき）

（２）２割負担の方

（単位：円）

介護 度	介護報酬対象			介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）
	基本サービス費		サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）イ	
	イ １週当たりの標準的 な回数を定める場合	ロ １月当たりの回数を 定める場合	１月につき	
要 支 援 １	3,398	726 （月に３回まで）	160	加算率 9.2%
要 支 援 ２	6,364	726 （月に７回まで）	318	

事業所が送迎を行わない場合は減算 80 円（片道につき）

(3) 3 割負担の方

(単位：円)

介護 度	介護報酬対象			介護職員等処遇 改善加算(Ⅰ)
	基本サービス費		サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)イ	
	イ 1 週当たりの標準的 な回数を定める場合	ロ 1 月当たりの回数を定 める場合	1 月につき	
要 支 援 1	5,097	1,089 (月に 3 回まで)	240	加算率 5.9%
要 支 援 2	9,546	1,089 (月に 7 回まで)	477	

事業所が送迎を行わない場合は減算 120 円 (片道につき)

(4) 支給限度額を超える費用は、全額自己負担となります。

(5) その他の費用 (実費相当額)

ア おやつ・飲み物代 100 円

イ おむつ代 紙おむつ：150 円、紙パンツ：150 円、尿取りパット：28 円

ウ 軽作業や趣味活動、グループ活動に係る実費

エ 利用者が希望し、利用者に負担させることが適当と認められるものに係る実費