

「デイサービスセンター有隣」 ご利用料金表

(単位：円)

介護報酬等の区分		対象者	ご利用料金	ご利用者負担額	料金の単位	
通所介護	基本報酬	要介護1	6,560	656	日	
		要介護2	7,750	775	日	
		要介護3	8,980	898	日	
		要介護4	10,210	1,021	日	
		要介護5	11,440	1,144	日	
	送迎減算	ケアハウス入居者	該当者	△ 940	△ 94	日
		ご家族送迎		△ 470	△ 47	片道
	入浴介助加算		ご利用者	500	50	日
	個別機能訓練加算		原則全員	560	56	日
	サービス提供体制強化加算		全員	180	18	回
介護職員処遇改善加算		全員	介護報酬総額の 2.2%	同左料金の 10%	月	
介護予防通所介護	基本報酬	要支援1	16,470	1,647	月	
		要支援2	33,770	3,377	月	
	送迎減算	ケアハウス入居者		△ 3,760	△ 376	月
				△ 7,520	△ 752	月
	運動器機能向上加算		原則全員	2,250	225	月
	サービス提供体制強化加算		要支援1	720	72	月
			要支援2	1,440	144	月
	介護職員処遇改善加算		全員	介護報酬総額の 2.2%	同左料金の 10%	月
昼食代	通所介護・介護予防通所介護とも共通 (おやつ代を含む)		560	560	回	

※ 国の定める地域区分の変更により、新潟市内の通所介護施設は平成27年4月ご利用分から、上記の表から算出される報酬総額に対し 1.4%を乗じて請求させていただくこととなりました。

(昼食代は対象外となります。)