

<別紙>

第一号通所事業料金表

① 基本利用料 ※下記時間区分と要介護度を選択して下さい。

時間区分	要介護度	単位数	介護報酬 (10割)	利用者負担金(円)		
				1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満 (1日あたり)	事業対象者(週1回)	1,798	19,598円	1,960円	3,920円	5,880円
	事業対象者(週2回)	3,621	39,468円	3,947円	7,894円	11,841円
	要支援1	1,798	19,598円	1,960円	3,920円	5,880円
	要支援2	3,621	39,468円	3,947円	7,894円	11,841円

● サービス時間及び事業所の規模

サービス提供の所要時間は、3時間以上4時間未満 となります。

● 地域区分ごとの1単位単価 ※該当する地域区分に○印を入れて下さい。

該当	地域区分	地域単価	該当	地域区分	地域単価
	その他	10.00円		4級地	10.54円
	7級地	10.14円		3級地	10.68円
	6級地	10.27円		2級地	10.72円
	5級地	10.45円	○	1級地	10.90円

※介護報酬は、介護保険法令に定める地域区分ごとの1単位の単価が異なります。

② 減算 ※総合事業の場合は、保険者毎の減算内容に応じて下記更新して下さい。

当事業所と同一の建物に居住する利用者又は当事業所と同一建物から当事業所に通う利用者に対しサービスを行った場合は、**1日につき94単位**を所定単位数から減算します(但し、やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して、送迎を行った場合を除く)。

また、利用者に対し、居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、**片道につき47単位**を所定単位数から減算します。

③ 加算 ※算定している加算名称を選択して下さい

加算項目	単位数	加算料金 (10割)	利用者負担額(円)			算定 単位
			1割	2割	3割	
科学的介護推進体制加算	40	436円	44円	88円	131円	○ 1月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	1,744円	175円	349円	524円	● 1日

該当	処遇改善加算の区分	加算率		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1月に算定した単位数(①+②+上記③)の合計	×	9.2%
○	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月に算定した単位数(①+②+上記③)の合計	×	9.0%
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1月に算定した単位数(①+②+上記③)の合計	×	8.0%
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	1月に算定した単位数(①+②+上記③)の合計	×	6.4%
	介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	1月に算定した単位数(①+②+上記③)の合計	×	

④ ドリンク代 通所1回利用あたり 210円 (全額自己負担)

