

<ソルメゾン 指定介護予防通所介護 ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

平成29年4月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援 1	要支援 2
介護 予 防 通 所 介 護 費	1,722	3,529
生活機能向上グループ活動加算	105	105
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(5.9%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	1,934	3,848

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
昼 食 費 (おやつ含む)	720
日 用 品 費	実 費
教 養 娯 楽 費	実 費

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1ヶ月当り
運 動 器 機 能 向 上 加 算	249
栄 養 改 善 加 算	167
口 腔 機 能 向 上 加 算	167
選 択 的 サ ー ビ ス 複 数 実 施 加 算 (Ⅰ)	531
選 択 的 サ ー ビ ス 複 数 実 施 加 算 (Ⅱ)	775
事 業 所 評 価 加 算	133
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援 1	80
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援 2	159
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援 1	54
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援 2	107
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援 1	27
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援 2	54
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	266

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

④キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までに申し出がなかった場合、昼食費分の720円/日をキャンセル料としてお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金	
オ ム ツ 等 (各 1 枚)	尿とりパット	60
	紙パンツ	250
喫 茶 コ ー ナ ー	実 費	
特 別 な 食 事	実 費	
地 域 外 送 迎	10km未満	810
	10km以上	1,620
複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り)	20	

(注)・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。

- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は、消費税込の額を表示しています。

<ソルメゾン 指定介護予防通所介護 ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

平成29年4月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援 1	要支援 2
介護 予 防 通 所 介 護 費	3,443	7,058
生活機能向上グループ活動加算	209	209
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(5.9%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	3,867	7,696

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
昼 食 費 (おやつ含む)	720
日 用 品 費	実 費
教 養 娯 楽 費	実 費

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1ヶ月当り
運 動 器 機 能 向 上 加 算	498
栄 養 改 善 加 算	333
口 腔 機 能 向 上 加 算	333
選 択 的 サ ー ビ ス 複 数 実 施 加 算 (Ⅰ)	1,062
選 択 的 サ ー ビ ス 複 数 実 施 加 算 (Ⅱ)	1,549
事 業 所 評 価 加 算	266
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援 1	159
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援 2	318
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援 1	107
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援 2	213
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援 1	53
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援 2	107
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	531

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

④キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までに申し出がなかった場合、昼食費分の720円/日をキャンセル料としてお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金	
オ ム ツ 等 (各 1 枚)	尿とりパット	60
	紙パンツ	250
喫 茶 コ ー ナ ー	実 費	
特 別 な 食 事	実 費	
地 域 外 送 迎	10km未満	810
	10km以上	1,620
複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り)	20	

- (注)・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
 ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
 ・課税対象となる料金は、消費税込の額を表示しています。