

<ソルメゾン 指定通所介護 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30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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費(大規模型Ⅱ 7～8時間)	622	735	851	968	1,085
入 浴 介 助 加 算	53	53	53	53	53
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	19	19	19	19	19
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 小計(1日当り)	734	853	976	1,101	1,224

【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

【1日当り基本料金合計(目安)】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① + ② 入浴なし	1,399	1,519	1,641	1,765	1,889
① + ② 入浴あり	1,454	1,573	1,696	1,821	1,944

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当り	備 考
生活相談員配置等加算	15	
中重度者ケア体制加算	51	
生活機能向上連携加算	222	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき111円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)	52	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	62	
A D L 維持等加算(Ⅰ)	4	1ヶ月につき
A D L 維持等加算(Ⅱ)	7	1ヶ月につき
認知症加算	67	
若年性認知症利用者受入加算	67	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養改善加算	167	月2回限度
栄養スクリーニング加算	6	
口腔機能向上加算	167	月2回限度
事業所が送迎を行わない場合	-53	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	14	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7	

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時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。
「介護報酬上のご利用者負担額と昼食費」

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)	22	

(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30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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費(大規模型Ⅱ 7～8時間)	1,244	1,470	1,702	1,936	2,170
入 浴 介 助 加 算	105	105	105	105	105
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	38	38	38	38	38
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 小計(1日当り)	1,467	1,706	1,952	2,201	2,448

【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

【1日当り基本料金合計(目安)】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① + ② 入浴なし	2,077	2,317	2,562	2,810	3,057
① + ② 入浴あり	2,187	2,426	2,672	2,921	3,168

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当り	備 考
生活相談員配置等加算	30	
中重度者ケア体制加算	101	
生活機能向上連携加算	443	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき222円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)	103	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	124	
A D L 維持等加算(Ⅰ)	7	1ヶ月につき
A D L 維持等加算(Ⅱ)	13	1ヶ月につき
認知症加算	134	
若年性認知症利用者受入加算	134	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養改善加算	333	月2回限度
栄養スクリーニング加算	11	
口腔機能向上加算	333	月2回限度
事業所が送迎を行わない場合	-105	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	27	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	13	

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時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。
「介護報酬上のご利用者負担額と昼食費」

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)	22

(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。