

# ディサービス利用料金一覧

事業所名: 黒松内町ディサービスセンター  
 住 所: 黒松内町字黒松内562番地4  
 電話番号: (0136)72-3750  
 FAX番号: (0136)72-3899

## ◆介護給付（介護保険対象者）◆ 利用時間 5～6時間

介護度	基本サービス費 (1回)	加 算		所得により利用負担が異なります。※5		
		入浴加算 ※1	サービス提供体制Ⅱ ※2	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要介護1	645	50	6	701	1,402	2,103
要介護2	761	50	6	817	1,634	2,451
要介護3	879	50	6	935	1,870	2,805
要介護4	995	50	6	1,051	2,102	3,153
要介護5	1,113	50	6	1,169	2,338	3,507

★食材料費は1回につき570円です。

★(利用料+加算分)×利用回数分×介護職員処遇改善加算※3、介護職員等特定処遇改善※4を加算した料金と食事代(回数分)を翌月に請求致しますので、請求書が届いたら支払いをお願いします。

★限度額以上を利用される場合は、全額自己負担になります。

## ◆介護予防・日常生活支援総合事業◆

介護度	基本サービス費 (ひと月)	加 算		介護職員 処遇改善 Ⅰ	介護職員等 特定処遇改善 Ⅱ	所得により利用負担が異なります。※5		
		運動器機能 向上加算 (ひと月)	サービス提供体制Ⅱ (ひと月)※2			1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
総合事業対象者	1,655	225	24	112	19	2,035	4,070	6,105
要支援1	1,655	225	24	112	19	2,035	4,070	6,105
要支援2	3,393	225	48	216	37	3,919	7,838	11,757

★食材料費1回につき570円です。

★(ひと月の利用料+加算分)×介護職員処遇改善加算※3介護職員等特定処遇改善※4と食事代(回数分)を翌月に請求致しますので、請求書が届いたら支払いをお願いします。

## 法人事業（生きがいデイ）

基本サービス費 (ひと月)
2,035

介護保険利用者の負担相当額は法人負担

★食材料費1回につき570円です。

★利用料は、翌月に請求致しますので請求書が届いたら支払いをお願いいたします。

※1. 入浴を行った場合。

※2. サービスを直接提供する者の総数のうち勤続年数3年以上が30%以上配置。

※3. 介護職員処遇改善加算は、所定単位×59/1,000

※4. 介護職員等特定処遇改善加算は、所定単位×10/1,000

◎所得によって、町の在宅介護保険サービス利用料軽減を受けられます。

◎行事費等は、実費負担となっております。

◎おむつ代は、実費負担となっております。

令和 元年10月1日