

葉山クリニックデイサービス「元気」

第 1 号通所事業 料金表

1、第 1 号通所事業支給費に係る費用

① 基本単位			自己負担額		
介護度	基本単位		1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1・事業対象者	月 4 回まで (週 1 回程度)	436 単位/回	456 円	912 円	1,367 円
	月 5 回以上	1,798 単位/月	1,879 円	3,758 円	5,637 円
要支援 2・事業対象者	月 8 回まで (週 2 回程度)	447 単位/回	468 円	935 円	1,402 円
	月 9 回以上	3,621 単位/月	3,784 円	7,568 円	11,352 円

② 加算単位	加算単位		1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算 I	要支援 1・ 事業対象者	88 単位/月	92 円	184 円	276 円
	要支援 2・ 事業対象者	176 単位/月	184 円	368 円	552 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月		43 円	84 円	126 円
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20 単位/回		21 円	42 円	63 円
介護職員等処遇改善加算 I ロ	介護報酬総単位数(基本単位+ 各種加算減算) × 12.0%		左欄単位数 × 地域加算の 1 割、2 割又は 3 割		

※上記料金は 1 単位 10.45 円(葉山町の地域単価)で計算をした概算金額です。

※口腔・栄養スクリーニング加算は 6 ヶ月に一回の算定です。

2、運営基準で定められた「その他の費用」

項 目	金 額	内容の説明
食 費	700 円	昼食代
おむつ代	100 円/枚	利用者の希望で提供した場合

3、キャンセル料

項 目	金 額	内容の説明
キャンセル料	700 円	利用日の当日に休みの連絡を頂いた場合に 昼食費として発生します。