

## ゆうらく苑デイサービスセンター(地域密着型)利用料金表

## ◇通所介護

令和7年4月からの新単価(送迎を含む1回の利用です) 一割負担額 : 単位 円

利用料金の額	所要時間7時間以上 8時間未満の場合	
要介護 1	753	
要介護 2	890	
要介護 3	1,032	
要介護 4	1,172	
要介護 5	1,312	
感染症災害加算	基本報酬×3%	適用期間
入浴加算	40	
中重度者ケア体制加算	45	
サービス体制強化加算 I	22	
若年性認知症利用者 受入加算	60	40歳以上～65歳未満
口腔栄養スクリーニング 加算(I)	20	利用開始時及び 6ヶ月ごとに
介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の利用総単位数×9.2%	
食材料費 食事提供者に加算	800	

## ◇中津川市総合事業(通所型) (基本単位:送迎・入浴含む)

単位:円

要支援 1	1798	月額	要支援 2	3621	月額
サービス体制強化加算 I	88	月額	サービス体制強化加算 I	176	月額
若年性認知症利用者 受入加算	240	月額 対象者	若年性認知症利用者 受入加算	240	月額 対象者
口腔栄養スクリーニング 加算(I)	20	利用開始時及び 6ヶ月ごとに	口腔栄養スクリーニング 加算(I)	20	利用開始時及び 6ヶ月ごとに
介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の総単位数 ×9.2%		介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の総単位数 ×9.2%	
食材料費 食事提供者に加算	800	1回ごと	食材料費 食事提供者に加算	800	1回ごと

\* 上記利用者様の負担は、介護保険全体の一割になります。

## ◇日用品諸費料金表

単位:円

消耗品代	処置ガーゼ代	50	マスク	50
	テープ付き紙オムツ	100	ケアリーブ 特大	80
	パンツ型	150	大	50
	尿取りパット	50	中	30
	吸引パック・凝固剤	170	連絡帳(紛失した場合)	100
	ハミングッド(口腔清拭用)	25	歯ブラシ	50
その他	( )	実費		

【注】利用者様に持参して頂くのがたてまえです。

1回のご利用金額

円 1ヶ月の合計金額

円

同意 年 月 日