

ディサービス（介護予防通所介護相当サービス）利用料金表

R6-04

ディサービスセンター覚寿園

【基本料金】

サービス提供 区分	通所型独自サービス1回数		通所型独自サービス1	
	週1回程度・月4回までサービスが必要とされた者		週1回程度・月5回以上サービスが必要とされた者	
	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
1割負担	4,477 円/回	448 円/回	18,465 円/月	1,847 円/月
2割負担	4,477 円/回	896 円/回	18,465 円/月	3,693 円/月
3割負担	4,477 円/回	1,344 円/回	18,465 円/月	5,540 円/月
サービス提供 区分	通所型独自サービス2回数		通所型独自サービス2	
	週2回程度・月8回までサービスが必要とされた者		週2回程度・月9回以上サービスが必要とされた者	
	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
1割負担	4,590 円/回	459 円/回	37,187 円/月	3,719 円/月
2割負担	4,590 円/回	918 円/回	37,187 円/月	7,438 円/月
3割負担	4,590 円/回	1,377 円/回	37,187 円/月	11,157 円/月

加算	利用料	利用者 負担額 (1割)	利用者 負担額 (2割)	利用者 負担額 (3割)	算定回数等
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1（要支援1）	739 円	74 円	148 円	222 円	1月につき
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2（要支援2）	1,478 円	148 円	296 円	444 円	1月につき
通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ	2,054 円	206 円	411 円	693 円	1月につき

① 処遇改善加算として、月額ご利用料合計金額に一律9.2%を加算した請求金額となります。

■介護保険適用外サービス

昼食・おやつ・飲み物代等	700円	特別行事参加費	実費
キャンセル料（連絡のない場合）	500円	オムツ代	実費