

甲州デイサービスセンター 一宮事業所(通所介護) 利用者料金表

2026年6月

費 目 ・ 備 考		費 用						
		1 割負担	2 割負担	3 割負担				
介護給付（一部負担金）	＊	通所介護費 通常規模型通所介護費 （イ）	所要時間 3 時間以上 4 時間未満	要介護1	370 円／回	740 円／回	1,110 円／回	
				要介護2	423 円／回	846 円／回	1,269 円／回	
				要介護3	479 円／回	958 円／回	1,437 円／回	
				要介護4	533 円／回	1,066 円／回	1,599 円／回	
				要介護5	588 円／回	1,176 円／回	1,764 円／回	
			所要時間 4 時間以上 5 時間未満	要介護1	388 円／回	776 円／回	1,164 円／回	
				要介護2	444 円／回	888 円／回	1,332 円／回	
				要介護3	502 円／回	1,004 円／回	1,506 円／回	
				要介護4	560 円／回	1,120 円／回	1,680 円／回	
				要介護5	617 円／回	1,234 円／回	1,851 円／回	
			所要時間 5 時間以上 6 時間未満	要介護1	570 円／回	1,140 円／回	1,710 円／回	
				要介護2	673 円／回	1,346 円／回	2,019 円／回	
				要介護3	777 円／回	1,554 円／回	2,331 円／回	
				要介護4	880 円／回	1,760 円／回	2,640 円／回	
				要介護5	984 円／回	1,968 円／回	2,952 円／回	
			所要時間 6 時間以上 7 時間未満	要介護1	584 円／回	1,168 円／回	1,752 円／回	
				要介護2	689 円／回	1,378 円／回	2,067 円／回	
				要介護3	796 円／回	1,592 円／回	2,388 円／回	
				要介護4	901 円／回	1,802 円／回	2,703 円／回	
				要介護5	1,008 円／回	2,016 円／回	3,024 円／回	
		所要時間 7 時間以上 8 時間未満	要介護1	658 円／回	1,316 円／回	1,974 円／回		
			要介護2	777 円／回	1,554 円／回	2,331 円／回		
			要介護3	900 円／回	1,800 円／回	2,700 円／回		
			要介護4	1,023 円／回	2,046 円／回	3,069 円／回		
			要介護5	1,148 円／回	2,296 円／回	3,444 円／回		
		所用時間 2 時間以上 3 時間未満				所定単位×70/100		
		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算				5/100所要時間に加算		
		入浴介助加算（Ⅰ）				40 円／日	80 円／日	120 円／日
		入浴介助加算（Ⅱ）				55 円／日	110 円／日	165 円／日
		中重度ケア体制加算				45 円／日	90 円／日	135 円／日
		生活機能向上連携加算（Ⅰ）（3か月に 1 回を限度）				100 円／月	200 円／月	300 円／月
		生活機能向上連携加算（Ⅱ）				200 円／月	400 円／月	600 円／月
		生活機能向上連携加算（Ⅱ）（個別機能訓練加算を算定している場合）				100 円／月	200 円／月	300 円／月
		個別機能訓練加算（Ⅰ）イ				56 円／日	112 円／日	168 円／日
		個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ				76 円／日	152 円／日	228 円／日
		個別機能訓練加算（Ⅱ）				20 円／月	40 円／月	60 円／月
	＊	A D L 維持等加算（Ⅰ）				30 円／月	60 円／月	90 円／月
		A D L 維持等加算（Ⅱ）				60 円／月	120 円／月	180 円／月
	認知症加算				60 円／日	120 円／日	180 円／日	
	若年性認知症利用者受入加算				60 円／日	120 円／日	180 円／日	
	栄養アセスメント加算				50 円／月	100 円／月	150 円／月	
	栄養改善加算（月 2 回を限度）				200 円／回	400 円／回	600 円／回	
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6か月に1回を限度）				20 円／回	40 円／回	60 円／回	
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6か月に1回を限度）				5 円／回	10 円／回	15 円／回	
	口腔機能向上加算（Ⅰ）（月 2 回を限度）				150 円／回	300 円／回	450 円／回	
	口腔機能向上加算（Ⅱ）（月 2 回を限度）				160 円／回	320 円／回	480 円／回	
	＊	科学的介護推進体制加算				40 円／月	80 円／月	120 円／月
送迎減算（片道につき）				-47 円／回	-94 円／回	-141 円／回		
＊	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）				22 円／回	44 円／回	66 円／回	
＊	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ				所定単位数×120/1000			
その他利用料	日常生活費	食 費（昼食のみ） ※非課税					720 円／食	
		副食材料費（おやつ） ※非課税					60 円／食	
		洗濯料（事業所内） ※非課税					100 円／回	
		オムツ・パット料（別紙参照）※非課税					実費相当	
	その他日常生活費	喫茶サービス費 （給茶機にてコーヒー・お茶・紅茶等を自由に飲めます） ※非課税					100 円／回	
		特別な食事（利用者の選択により提供される行事食等） ※税込					実費相当	
		教養娯楽費（習字・お花・絵画・手芸等の材料費等） ※非課税					実費相当	
	その他費用	レク費（希望を募って行う調理レクや外出レク等） ※税込					実費相当	
		送迎の距離は片道10 k m（往復20 k m） でそれを超える距離に対する自己負担金 ※税込					33 円／k m	

* 印の費目は全利用者が必要となります。無印の費目は利用したときに必要となります。

* 負担割合については「介護保険負担割合証」をご確認ください。