

デイサービス 利用料金

(1) 基本料金

※1割負担の方の金額です。2割・3割負担の方は2倍・3倍になります。

	月 額 (円)		日 額 (円)				
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2～3時間未満	1,798	3,621	305	351	396	440	487
3～4時間未満			416	478	540	600	663
4～5時間未満			436	501	566	629	695
5～6時間未満			657	776	896	1,013	1,134
6～7時間未満			678	801	925	1,049	1,172

(2) 加算料金

(円)			
要支援1	サービス提供体制	1ヶ月	72
要支援2	サービス提供体制	1ヶ月	144
要介護1～5	入浴介助	1回	40
	サービス提供体制	1回	18

(3) 介護職員等処遇改善加算 [(1)+(2)] × 12.7%

(4) 昼食代 680円 × 利用回数

(5) その他の料金（使用した場合）

- ・紙おむつ（1枚） 120円
- ・尿とりパッド（1枚） 30円
- ・その他、利用者様の依頼によるものなどは実費となります。



自己負担額 合計（1ヶ月分）	= (1)+(2)+(3)+(4)+(5)
----------------	-----------------------