

デイサービスセンター 美月の郷（通所介護費用）

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。

※下記の金額は、1割の金額になってます。

【小規模型事業所 提供時間：6時間以上8時間未満】

【加算 ※1日につき】

| 介護度 | 利用料（円） |
|------|--------|
| 要介護1 | 790 |
| 要介護2 | 922 |
| 要介護3 | 1055 |
| 要介護4 | 1187 |
| 要介護5 | 1320 |

| 種類 | 利用料（円） |
|------|--------|
| 入浴加算 | 50 |

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その際、お客様は料金表の利用料金全額をお支払い頂く場合があります。

（2） 介護保険給付対象外サービス

○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。（おやつ材料費も含む。）

| | | | | | |
|------|--------|------|-------|----|------|
| 食材料費 | 400円/日 | おやつ費 | 50円/日 | 合計 | 450円 |
|------|--------|------|-------|----|------|

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ 事業の実施地域外の送迎費

事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

| | |
|----------|--------|
| 実施地域外交通費 | 20円/km |
|----------|--------|

○ その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

| | |
|----------|-------|
| 娯楽費・レク材料 | 50円/日 |
|----------|-------|

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| | |
|--------------------|-----|
| 利用日の2日前までに連絡があった場合 | 無 料 |
| 利用日の前日に連絡があった場合 | 無 料 |
| 利用日の前日までに連絡がなかった場合 | 無 料 |

デイサービスセンター 美月の郷（通所予防介護費用）

【料金表】

【小規模型事業所 提供時間：6時間以上8時間未満】

【加算 ※1月につき】

| 介護度 | 利用料（円） |
|------|--------|
| 要支援1 | 2226/月 |
| 要支援2 | 4353/月 |
| | |

| 種 類 | 利用料（円） |
|---------|--------|
| アクティビティ | 53 |

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の介護予防サービス・支援計画表に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その際、お客様は料金表の利用料金全額をお支払い頂く場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。（おやつ材料費も含む。）

| | | | | | |
|------|--------|------|-------|-----|------|
| 食材料費 | 400円/日 | おやつ費 | 50円/日 | 合 計 | 450円 |
|------|--------|------|-------|-----|------|

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。

○ 事業の実施地域外の送迎費

事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。

| | |
|----------|--------|
| 実施地域外交通費 | 20円/km |
|----------|--------|

○ その他の費用

介護予防通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

| | |
|-----|-------|
| 娯楽費 | 50円/日 |
|-----|-------|

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| | |
|--------------------|-----|
| 利用日の2日前までに連絡があった場合 | 無 料 |
| 利用日の前日に連絡があった場合 | 無 料 |
| 利用日の前日までに連絡がなかった場合 | 無 料 |