

**通所介護**

種 別	大規模型(Ⅱ)通所介護費						
事業所番号	1371904127						
事業所名称	デイサービスビオラ						
事業所住所	板橋区前野町3-36-10						
電 話	03-3960-1269	FAX	03-3960-1274				
保険給付内介護サービス利用料	1 回 あ た り の 基 本 料 金	サービス提供時間	要介護度	介護報酬額(円)	利用者負担額 1 割分 (円)	利用者負担額 2 割分 (円)	
		3時間以上～5時間未満	要介護1	3,967	397	794	
			要介護2	4,545	455	909	
			要介護3	5,144	515	1,029	
			要介護4	5,711	572	1,143	
			要介護5	6,311	632	1,263	
		5時間以上～7時間未満	要介護1	5,962	597	1,193	
			要介護2	7,052	706	1,411	
			要介護3	8,131	814	1,627	
			要介護4	9,221	923	1,845	
		7時間以上～9時間未満	要介護5	10,311	1,032	2,063	
			要介護1	6,845	685	1,369	
			要介護2	8,087	809	1,618	
			要介護3	9,363	937	1,873	
			要介護4	10,649	1,065	2,130	
	加 算 料 金	【延長】 9時間以上～10時間未満	1回あたり	545	55	109	
		入浴介助加算	1回あたり	545	55	109	
		個別機能訓練加算(Ⅱ)	1回あたり	610	61	122	
		中重度者ケア体制加算	1回あたり	490	49	98	
		サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)イ	1回あたり	197	20	40	
		介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	1月あたり	1月あたりの総単位数×5.9%※			
	減 算	【時減】2時間以上～3時間未満	1回あたり	3時間以上～5時間未満の単位数に70/100を乗じた単位数			
		事業所が送迎を行わない場合	片道につき	所定単位数から47単位を減算			
		同一建物に対する減算	1日につき	所定単位数から94単位を減算			
保 険 給 付 外 利 用 料	利用者の希望により提供されるサービスに係る利用料	利用料金(全額自己負担)	内 訳				
	食費	750円/日	内訳:昼食650円/おやつ100円				
	おむつ利用料金 (廃棄料金含み)	希望により利用した場合のみ	尿とりパット65円/枚 (物45円+廃棄20円) アテントタイプ160円/枚(物130円+廃棄30円) リハビリタイプ180円/枚(物145円+廃棄35円)				
	廃棄料金	おむつを持参し、 施設で廃棄する場合	尿とりパット20円/枚 アテントタイプ30円/枚 リハビリタイプ35円/枚				
	趣味・教養娯楽費	実費	利用者が参加を希望して 有料レクリエーションに参加した場合のみ、 当日実費にて発生致します。				
キャンセル料	当日キャンセルの場合は、食費のみキャンセル料として頂きます。						

※当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

介護予防・日常生活支援総合事業

事業所番号		1371904127				
事業所名称		デイサービスビオラ				
事業所住所		板橋区前野町3-36-10				
電話		03-3960-1269	FAX	03-3960-1274		
		要介護度	介護報酬額(円)	利用者負担額 1 割分 (円)	利用者負担額 2 割分 (円)	
介護 給付 内 介護 サ ー ビ ス 利 用 料	通 所 型 サ ー ビ ス 費 ( み な し )	事業対象者・要支援1 通 所型サービス1	1月につき	17,952	1,796	3,591
		通所型サービス1日割	1日につき	588	59	118
		要支援2 通所型サービス2	1月につき	36,809	3,681	7,362
		通所型サービス2日割	1日につき	1,209	121	242
	加 算 料 金	運動器機能向上加算	1月につき	2,452	246	491
		事業所評価加算 (介護予防は対象外)	1月につき	1,308	131	262
		サービス提供体制強化加算 (I)イ 1月につき	事業対象者/ 要支援1	785	79	157
			要支援2	1,570	157	314
	介護職員処遇改善加算 (I)	1月につき	1月あたりの総単位数×5.9%※			
	減 算	事業所と同一建物に居住 する者又は同一建物から 利用する者に通所型サ ービス(みなし)を行う場合	事業対象者/ 要支援1	所定単位数から376単位/月を減算		
要支援2			所定単位数から752単位/月を減算			
保 険 給 付 外 利 用 料	利用者の希望により提供され るサービスに係る利用料	利用料金(全額自己負担)		内 訳		
	食費	750円/日		内訳:昼食650円/おやつ100円		
	おむつ利用料金 (廃棄料金含み)	希望により利用した場合のみ		尿とりパット65円/枚(物45円+廃棄20円) アテントタイプ160円/枚(物130円+廃棄30円) リハビリタイプ180円/枚(物145円+廃棄35円)		
	廃棄料金	おむつを持参し、 施設で廃棄する場合		尿とりパット20円/枚 アテントタイプ30円/枚 リハビリタイプ35円/枚		
	クラブ活動費	実費		利用者が参加を希望して 有料レクリエーションに参加した場合のみ、 当日実費にて発生致します。		
キャンセル料		当日キャンセルの場合は、食費のみキャンセル料として頂きます。				

※当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。