

## ラポールデイサービスセンター利用料金

### 1 (介護予防) 認知症対応型通所介護費 サービス単位・利用料一覧 (単位)

		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
3 時間以上 4 時間未満	1 割負担	428	475	490	540	588	638	687
4 時間以上 5 時間未満	1 割負担	448	497	514	565	617	668	719
5 時間以上 6 時間未満	1 割負担	666	742	769	852	934	1014	1097
6 時間以上 7 時間未満	1 割負担	683	761	788	874	958	1040	1125
7 時間以上 8 時間未満	1 割負担	771	862	892	987	1084	1181	1276
8 時間以上 9 時間未満	1 割負担	796	889	920	1018	1118	1219	1318

### 2 加算一覧

加算内容	1 割負担	
延長加算	50	延長加算 9 時間以上 10 時間未満
	100	延長加算 10 時間以上 11 時間未満
	150	延長加算 11 時間以上 12 時間未満
	200	延長加算 12 時間以上 13 時間未満
	250	延長加算 13 時間以上 14 時間未満
入浴介助加算	50	
介護職員処遇改善加算	1ヶ月につき 総単位数×10.4% ※1単位未満の端数は四捨五入	
介護職員等特定処遇改善加算	1ヶ月につき 総単位数×2.4% ※1単位未満の端数は四捨五入	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1ヶ月につき 総単位数×2.3% ※1単位未満の端数は四捨五入	

### 3 減算一覧

減算内容	1割負担	算定方法
事業所が送迎を行わない場合	47	
2時間以上3時間未満	3時間以上5時間未満単位 ×63%	
看護・介護職員が欠員の場合	単位×70%	
同一建物に居住する者または同一建物から利用する者	94	

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。

※2割・3割負担額は、1割負担額にそれぞれ×2（2割負担）×3（3割負担）となります。

### 4 その他の費用

料金の種類	金額
特別な食事の費用	実費
特別な行事費	実費
通常の事業地域を越えて行う送迎サービス	10キロ以上15キロ未満 500円 15キロ以上30キロ未満 1,000円
食事の提供に要する費用	昼食 580円 夕食 500円
日常生活費	① 事業所にある紙おむつ類（紙パンツ・立体パンツ・尿取りパット）などを使用された場合には、それぞれの種類に応じた実費 ② 日常生活に要する費用で、負担していただくことが妥当なものに関しては、実費