

天橋の郷通所介護事業所（デイサービス）利用料金表

○ 介護保険 通所介護サービス（要介護の方が対象となります。）

利用者負担は、保険者が発行する介護保険負担割合証により、
介護報酬額の 1 割から 3 割となります。

・ 1 日あたりの金額（1 割負担の場合）

サービスの種類	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
通所介護料 （7 時間以上 8 時間未満）	658 円	777 円	900 円	1,023 円	1,148 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 円				
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 円				
個別機能訓練加算Ⅱ	20 円				
入浴介助加算（Ⅰ）	40 円				
認知症加算（対象者のみ）	60 円				
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 円				
ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 円				
科学的介護推進体制加算	40 円				
サービス提供体制加算（Ⅱ）	18 円				
介護職員処遇改善加算	所定単位数の 92/1000 に相当する金額				
送迎を行わない場合（片道）	－47 円				

○ 介護保険 介護予防・日常生活支援総合事業（要支援 1 および 2 の方が対象となります。）

利用者負担は、保険者が発行する介護保険負担割合証により、
介護報酬額の 1 割から 3 割となります。

・ 1 ヶ月あたりの金額（1 割負担の場合）

サービスの種類	要支援 1	要支援 2
予防通所介護料	1,798 円	3,621 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	72 円	144 円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 円	
科学的介護推進体制加算	20 円	
介護職員処遇改善加算	所定単位数の 92/1000 に相当する金額	
送迎を行わない場合（片道）	－47 円	

○ 介護保険以外のサービス

利用料は全額負担となります。（下図のとおり）

サ ー ビ ス の 種 類	金 額
食費 1 回につき（昼食・おやつ・飲み物）	728 円
教養娯楽費・日用品費	実 費

レクレーション等材料代	実 費
-------------	-----