【医和生会やがわせデイサービス料金表】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

○通所曜日	月　火　水　木　金　土
○支払い方法	・自動引き落とし　・一括持参

1・予防給付の方

項目	基本料金		入浴	運動機能向上加算（月1回）	選択的サービス複数実施加算	サービス提供体制強化加算Ⅱ（月）	栄養改善加算	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	合計
要支援1	月4回まで	380円／回	基本料金に含まれます	225円	480円	24円	150円	5.90%	1.00%	
	月5回以上	1655円／月								
要支援2	月8回まで	391円／回			700円	48円				
	月9回以上	3393円／月								

2・介護給付の方

項目	基本料金（日単位）	入浴	個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）	認知症加算（日）	中重度ケア体制加算（日）	口腔機能向上加算（日）	サービス提供体制強化加算Ⅱ（日）	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	合計
要介護1	648円	50円	46円 56円	60円	45円	150円	6円	5.90%	1.00%	
要介護2	765円									
要介護3	887円									
要介護4	1008円									
要介護5	1130円									

※送迎を行わない場合　－47／片道

3・実費を要するもの

項目	料金	
食費、おやつ	600円	
おむつ代	150円	使用分のみ
尿取りパット代	75円	使用分のみ
連絡袋	500円	
その他		実費を要した場合

4・料金試算表

項目	1回分	回数	合計
介護保険分			円
食事代	600円		円
キャンセル料	700円		円
合計			

※利用予定当日の8：00迄に利用中止の申し出がなかった場合キャンセル料を請求させて頂きます。

ご本人・ご家族への説明と同意：　令和　　年　　月　　日

ご本人サイン：　　ご家族サイン：　　説明者サイン：