

デイサービスセンターほのぼの園 利用料金

・この料金表は、介護保険の要支援認定を受けた方が該当します。

○基本料金

[単位：円]

	要支援1・事業対象者	要支援2・事業対象者
ご利用者の要介護度とサービス利用料金	384/1回 (月4回まで)	395/1回 (月8回まで)

○加算対象料金

[単位：円]

加算内容	① サービス 利用料金	②介護保険から 給付される金額	② 自己負担 (①-②)
通所型サービス運動器機能向上加算	2,250/月	2,025/月	225/月
科学的介護推進体制加算	400/月	360/月	40/月
通所型サービス口腔機能向上加算	1500/回	1350/回	150/ (月2回まで)
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月あたりの総額×5.9%		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1月あたりの総額×1.0%		
介護職員ベースアップ等支援加算	1月あたりの総額×1.1%		

※ 1月あたりの総額とは、基本サービス費に各種加算減額を加えたものです。

※ 大田原市は地域区分が「7級地」であるため、上記自己負担料金の10.14を乗じた金額の1割(2割または3割)が自己負担となります。

☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

○昼食費 料金：630円/1食(おやつ代含む)

○キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	630円(おやつ代含む)

ご不明な点などございましたら、

お気軽にお問い合わせください。

Tell 0287-98-3161

デイサービスセンターほのぼの園

