

# パルハウスくさべ デイサービスセンター (2776300523)

サービス提供日 : 月曜日～金曜日 (祝日の場合も提供します) サービス提供時間 : 午前9時30分～午後4時15分

## □ デイサービス(通所介護) 1回・1月あたりのご利用者負担金額 □

R6年6月～

介護度 単位	介護保険					介護保険ご負担額 (1回につき)			食材料費等	合計ご負担金額 (1月分)		
	加算					1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護1 584単位	個別機能 訓練加算 (Iロ)	入浴介助 加算(I)	個別機能 訓練加算 (II)	科学的介護 推進体制 加算	介護職員等 処遇改善 加算(II)	798円	1,595円	2,392円	700円	1,498円×回数+68円	2,295円×回数+136円	3,092円×回数+204円
要介護2 689単位						918円	1,835円	2,753円		1,618円×回数+68円	2,535円×回数+136円	3,453円×回数+204円
要介護3 796単位						1,039円	2,078円	3,116円		1,739円×回数+68円	2,778円×回数+136円	3,816円×回数+204円
要介護4 901単位						1,159円	2,318円	3,477円		1,859円×回数+68円	3,018円×回数+136円	4,177円×回数+204円
要介護5 1008単位						1,281円	2,562円	3,843円		1,981円×回数+68円	3,262円×回数+136円	4,543円×回数+204円

- 上記金額は利用単位により端数が生じることとなりますので、1回当たりの目安となる金額です。
- 上記金額とは別に、栄養改善加算 200単位/月、栄養アセスメント加算50単位/月、口腔・栄養スクリーニング加算 I または II 20または5単位/回、口腔機能向上加算 II 160単位/月を実施する場合があります。
- 加算の内容によって金額が異なります。

## □ デイサービス(通所型独自サービス) 1回・1月あたりのご利用者負担金額 □

R6年6月～

介護度 ご利用回数 単位	介護保険		介護保険ご負担額 (1回または1月につき)			食材料費等	合計ご負担金額 (1月分)		
	加算		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要支援1 週1回程度 436単位 (1月3回まで利用) (1回につき)	科学的介護 推進体制 加算	介護職員等 処遇改善 加算(II)	(1回につき)	(1回につき)	(1回につき)	700円	1,198円×回数 +45円	1,695円×回数 +90円	2,192円×回数 +135円
要支援2 週1回程度 447単位 (1月3回まで利用) (1回につき)			498円	995円	1,492円		1,210円×回数 +45円	1,720円×回数 +90円	2,230円×回数 +135円
要支援1・2 週1回程度 1,798単位 (1月4回以上利用) (1月につき)			510円	1,020円	1,530円		2,094円 +700円×回数	4,187円 +700円×回数	6,280円 +700円×回数
要支援 2 週2回程度 447単位 (1月7回まで利用) (1回につき)			(1月につき)	(1月につき)	(1月につき)		1,210円×回数 +45円	1,720円×回数 +90円	2,230円×回数 +135円
要支援 2 週2回程度 3,621単位 (1月8回以上利用) (1月につき)			510円	1,020円	1,530円		4,170円 +700円×回数	8,339円 +700円×回数	12,509円 +700円×回数

- 上記金額は利用単位により端数が生じることとなりますので、1回当たりの目安となる金額です。
- 上記金額とは別に、栄養改善加算 200単位/月、栄養アセスメント加算50単位/月、口腔・栄養スクリーニング加算 I または II 20または5単位/回、口腔機能向上加算 II 160単位/月を実施する場合があります。
- 加算の内容によって金額が異なります。

- \* 現金支払の場合、翌月の月初めにご請求させていただきます。
- \* 銀行振替の場合、翌月の27日(27日が土・日・祝の場合は翌平日)に引落しさせていただきます。