

第2 春緑苑デイサービスセンター 利用料金表（概算）

サービス提供時間：9 時 30 分～16 時 40 分

【通所介護サービス利用料金表（回数）】

モデルケース：月 1 回、月 4 回利用

単位：円

介護度	1 割負担		2 割負担		3 割負担	
	1 回	4 回	1 回	4 回	1 回	4 回
要介護 1	1,600	6,200	2,500	9,800	3,500	13,400
要介護 2	1,700	6,700	2,800	10,900	3,900	15,000
要介護 3	1,900	7,200	3,100	12,000	4,300	16,700
要介護 4	2,000	7,800	3,400	13,100	4,700	18,300
要介護 5	2,100	8,400	3,600	14,200	5,200	20,000

※ 1 利用者負担額は介護保険負担割合証に記載の割合となります。

※ 2 上記金額はサービス費用、各種加算料金、食費・おやつ代を含めた、およその金額になります。各種加算料金は利用者の状況（入浴、機能訓練等）、施設体制によって変動します。

【（介護予防）認知症対応型通所介護サービス利用料金表（回数）】

モデルケース：月 1 回、月 4 回利用

単位：円

介護度	1 割負担		2 割負担		3 割負担	
	1 回	4 回	1 回	4 回	1 回	4 回
要支援 1	1,800	6,800	2,900	11,100	4,000	15,400
要支援 2	1,900	7,200	3,100	12,000	4,300	16,700
要介護 1	1,900	7,400	3,200	12,300	4,400	17,100
要介護 2	2,000	7,900	3,400	13,200	4,800	18,500
要介護 3	2,100	8,300	3,600	14,100	5,100	19,900
要介護 4	2,300	8,800	3,900	15,100	5,500	21,400
要介護 5	2,400	9,300	4,100	16,000	5,900	22,800

※1・※2 上記に同じ

【介護予防通所介護相当サービス利用料金表（1 か月）】

モデルケース：事業対象者・要支援 1 （週 1 回 月 4 回利用）

要支援 2 （週 2 回 月 8 回利用）

単位：円

介護度	1 割負担	2 割負担	3 割負担
事業対象者	4,700	6,800	9,000
要支援 1	4,700	6,800	9,000
要支援 2	9,300	13,600	17,900

※ 1・※ 2 上記に同じ

※ 3 介護予防通所介護相当サービスにつきましては、月の途中で利用の契約及び解約をした場合は、その日を起算日としての日割り計算となります。

【その他料金】

紙おむつ、紙パンツ等使用状況に応じて料金が発生します。

詳しい詳細につきましては、事業所へ直接お問い合わせください。