



4. 利用者負担金

(1)ご利用者負担金は次表のとおりです。

<1 割負担>

ご利用 1 回あたりの 自己負担額	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護度 1	603 円	632 円	953 円	977 円	1,104 円	1,139 円
要介護度 2	663 円	695 円	1,055 円	1,082 円	1,224 円	1,262 円
要介護度 3	725 円	760 円	1,155 円	1,184 円	1,344 円	1,386 円
要介護度 4	786 円	823 円	1,257 円	1,289 円	1,464 円	1,512 円
要介護度 5	846 円	887 円	1,360 円	1,395 円	1,584 円	1,634 円
入浴介助加算 I	45 円(1 回あたり)					
入浴介助加算 II	61 円(1 回あたり)					
入浴介助加算はいずれかの算定となります。						
科学的介護推進体制加算	45 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 I	34 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 II	67 円(1 月あたり)					
サービス提供体制加算 I	24 円(1 日あたり)					
サービス提供体制加算 II	20 円(1 日あたり)					
サービス提供体制加算 III	7 円(1 日あたり)					
※サービス提供体制加算はいずれかの算定となります。						
口腔機能向上加算 II	222 円(1 回あたり)※月 2 回までの算定)					
送迎減算	-53 円(片道につき)					

<2 割負担>

ご利用 1 回あたりの 自己負担額	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
要介護度 1	1,206 円	1,263 円	1,905 円	1,954 円	2,207 円	2,278 円
要介護度 2	1,326 円	1,390 円	2,109 円	2,163 円	2,447 円	2,524 円
要介護度 3	1,450 円	1,519 円	2,309 円	2,367 円	2,687 円	2,771 円
要介護度 4	1,572 円	1,645 円	2,513 円	2,578 円	2,928 円	3,024 円
要介護度 5	1,692 円	1,774 円	2,720 円	2,789 円	3,168 円	3,268 円
入浴介助加算 I	89 円(1 回あたり)					
入浴介助加算 II	122 円(1 回あたり)					
※入浴介助加算はいずれかの算定となります。						
科学的介護推進体制加算	89 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 I	67 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算 II	134 円(1 月あたり)					
サービス提供体制加算 I	49 円(1 日あたり)					
サービス提供体制加算 II	40 円(1 日あたり)					
サービス提供体制加算 III	14 円(1 日あたり)					

※サービス提供体制加算はいずれかの算定となります。	
口腔機能向上加算Ⅱ	444 円(1 回あたり)※月 2 回までの算定)
送迎減算	-105 円(片道につき)

<3 割負担>

ご利用 1 回あたりの 自己負担額	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満	8 時間以上 9 時間未満
	要介護度 1	1,809 円	1,895 円	2,857 円	2,931 円	3,310 円
要介護度 2	1,988 円	2,085 円	3,164 円	3,244 円	3,670 円	3,786 円
要介護度 3	2,175 円	2,278 円	3,464 円	3,550 円	4,030 円	4,156 円
要介護度 4	2,358 円	2,468 円	3,770 円	3,867 円	4,392 円	4,536 円
要介護度 5	2,538 円	2,661 円	4,080 円	4,183 円	4,752 円	4,802 円
入浴介助加算Ⅰ	134 円(1 回あたり)					
入浴介助加算Ⅱ	183 円(1 回あたり)					
※入浴介助加算はいずれかの算定となります。						
科学的介護推進体制加算	134 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算Ⅰ	100 円(1 月あたり)					
ADL 維持加算Ⅱ	200 円(1 月あたり)					
サービス提供体制加算Ⅰ	74 円(1 日あたり)					
サービス提供体制加算Ⅱ	60 円(1 日あたり)					
サービス提供体制加算Ⅲ	20 円(1 日あたり)					
※サービス提供体制加算はいずれかの算定となります。						
口腔機能向上加算Ⅱ	666 円(1 回あたり)※月 2 回までの算定)					
送迎減算	-157 円(片道につき)					

<負担割合に関わらず共通>

昼食代	780 円
夕食代	720 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ (R6 年 5 月末まで)	※利用料の 10.4%相当額を算出し請求させていただきます
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ (R6 年 5 月末まで)	※利用料の 3.1%相当額を算出し請求させていただきます
介護職員等ベースアップ等支援加算 (R6 年 5 月末まで)	※利用料の 2.3%相当額を算出し請求させていただきます
処遇改善加算Ⅰ (R6 年 6 月以降)	※利用料の 18.1%相当額を算出し請求させていただきます

令和 6 年 4 月 1 日施行

認知症対応型通所介護の利用料金改定にあたり、利用者に対して本書面にに基づき重要な事項を説明しました

令和 6 年 4 月 1 日

社会福祉法人奉優会

所在地 東京都板橋区成増 4 丁目 37 番 1 号

事業所名 成増高齢者在宅サービスセン

担当者 齋藤 裕章

印

私は、本書面により優つくりデイサービス沓掛から認知症対応型通所介護サービスの料金改定についての重要事項説明を受け、十分に理解し同意いたしました。

①<ご利用者>

住所: _____

氏名: _____ 印

※上記(ご利用者名)をご本人以外が記入される場合は

下記に代筆者名を必ずご記入ください。

(代理人・ご家族・その他)※該当する項目に○をつけてください

ご利用者との関係 _____

氏名: _____ 印

②<ご家族等>

ご利用者との関係 _____

氏名: _____ 印