

#### 4 利用料金 (令和3年4月1日)

(1) 地域密着型通所介護 (3時間以上4時間未満) 1回の利用料 (処遇改善加算 5.9%含む)

介護度	単位	1割負担分
要介護1	415 単位/日	451 円
要介護2	476 単位/日	518 円
要介護3	538 単位/日	586 円
要介護4	598 単位/日	650 円
要介護5	661 単位/日	719 円
個別機能訓練加算 (Iイ)	56 単位/日	58 円
個別機能訓練加算 (Iロ)	85 単位/日	93 円
個別機能訓練加算 (II)	20 単位/月	22 円
サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位/日	23 円
科学的・介護推進体制加算	40 単位/月	44 円

※個別機能訓練加算 I は当日の職員配置により (イ) 又は (ロ) になります。

※小数点以下は切り捨てにより合計金額に多少の差異が生じます。

※令和3年4月よりコロナ特例的な評価加算が 0.1% 上乗せにて算定されます (令和3年9月終了予定)

#### 【計算例】

《要介護1 1割負担》

※1回当りの費用 (個別機能訓練加算 (Iロ) で計算)

①  $(415 + 85 + 22) \times 1.059 \times 10.27 = 5,677$  ※小数点以下は切り捨て

②  $5,677 \times 0.9 = 5,109$  ※小数点以下は切り捨て

③ ① - ② = 568 円

※別途、1ヵ月に1回かかる費用

④  $(20 + 40) \times 1.059 \times 10.27 = 652$

⑤  $652 \times 0.9 = 586$

⑥ ④ - ⑤ = 66 円

※10.27 は三浦市 (6級地) の地域単価です。

※1.059 は処遇改善加算 I です。

(2) 日常生活支援総合事業の利用料 (処遇改善加算 5.9%含む)

介護度	単位	1割負担分
要支援1 (月に4回まで1回分) 事業対象者 (週1回)	384 単位	418 円
要支援1 (月に5回以上) 事業対象者 (週1回で月に5回以上)	1672 単位	1,819 円
要支援2 (月に8回まで1回分) 事業対象者 (週2回)	395 単位	430 円
要支援2 (月に9回以上)	3428 単位	3,728 円

事業対象者（週 2 回で月に 9 回以上）		
運動機能向上加算	225 単位	245 円
科学的・介護推進体制加算	40 単位	44 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） イ（要支援 1・事業対象者週 1 回）	88 単位	96 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） イ（要支援 2・事業対象者週 2 回）	176 単位	191 円

※小数点以下は切り捨てにより合計金額に多少の差異が生じます。

※令和 3 年 4 月よりコロナ特例的な評価加算が 0.1% 上乗せにて算定されます（令和 3 年 9 月終了予定）

#### 【計算例】

《要支援 2 1 割負担》

※1 回当りの費用（個別機能訓練加算（Ⅰロ）で計算）

①  $395 \times 1.059 \times 10.27 = 4,295$  ※小数点以下は切り捨て

②  $4,295 \times 0.9 = 3,865$  ※小数点以下は切り捨て

③ ① - ② = 430 円

※別途、1 ヶ月に 1 回かかる費用

④  $(225 + 88) \times 1.059 \times 10.27 = 3,404$

⑤  $3,404 \times 0.9 = 3,063$

⑥ ④ - ⑤ = 341 円

#### 【計算例】

《要支援 1 1 割負担 1 ヶ月》

計算例：1 割負担で要支援 1 の利用者が 4 回利用し運動機能加算を受けた場合

⑦  $(384 \times 4 + 225 + 88) \times 1.059 \times 10.27 = 20,109$  ※小数点以下は切り捨て

⑧  $20,109 \times 0.9 = 18,098$  ※小数点以下は切り捨て

⑨ ④ - ⑤ = 2,011 円 ※小数点以下は切り捨てにより、利用料の合計額と多少の違いが出ます。

※10.27 は三浦市（6 級地）の地域単価です。

※1.059 は処遇改善加算Ⅰです。

(3) 例外として以下の場合には日割計算とします。その場合の計算方法は、1 カ月の合計単位を 30、4 日で除して、四捨五入した単位数となります。

① 月の途中で、要介護から要支援になり、包括単位の対象回数になった場合

② 月の途中で、要支援から要介護になり、包括単位の対象回数になった場合

③ 月の途中で要支援度が変更になり、包括単位の対象回数になった場合

④ 同一保険者内で、月の途中で転居等により事業所を変更し、包括単位の対象回数になった場合

(4) 自費をいただくもの（介護保険適応外）

オムツ代（リハビリパンツ含む） Mサイズ 150 円 Lサイズ 180 円

尿取りパット 50 円

※介護保険サービスの利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載されている（1 割・2 割・3 割）です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額的全額をご負担いただきます。

また、介護保険料等の滞納等により、一旦、利用料の全額をご負担いただくことや、介護保険サービスの利用者負担割合が1割から2割又は3割になる等の保険給付の制限を受けることがあります。利用料の全額をご負担頂いた場合には、事業者はサービス提供証明書を発行いたしますので、後日保険者窓口にサービス提供証明書と領収書等を提出しますと、保険給付分の払い戻しを受けることができます。なお、介護保険料等の支払の状況によっては、払い戻しを受けることができない場合があります。

(5) 送迎費

利用料に含まれます。

(6) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は速やかにご連絡ください。

(連絡先：リハビリデイサービス絹と竹 TEL 046-888-0220)

① ご利用日の前営業日の17時30分までにご連絡いただいた場合	無料
② 利用日の前営業日の17時30分までにご連絡がなかった場合 デイサービス利用料金の10%	

(7) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、27日までにお支払いください。お支払い方法は、銀行または郵便局の口座振替です。現金支払いをご希望の場合にはご相談ください。