

【別紙】料金表

ジロール神田佐久間町

(令和3年04月01日改訂)

<認知症対応型通所介護利用料金>

○デイサービス利用料金

(介護保険負担割合が1割負担の方)

3時間以上4時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		5,261	5,827	6,016	6,615	7,237	7,847	8,447
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		527	583	602	662	724	785	845
1日あたりの単位数		474	525	542	596	652	707	761

4時間以上5時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		5,505	6,105	6,304	5,827	7,581	8,214	8,846
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		551	611	631	583	759	822	885
1日あたりの単位数		496	550	568	525	683	740	797

5時間以上6時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		8,214	9,168	9,501	10,522	11,521	12,543	13,575
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		822	917	951	1053	1153	1255	1358
1日あたりの単位数		740	826	856	948	1038	1130	1223

6時間以上7時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		8,424	8,313	9,745	10,789	11,810	12,864	13,919
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		843	832	975	1079	1181	1287	1392
1日あたりの単位数		759	749	878	972	1064	1159	1254

7時間以上8時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		9,534	10,644	11,011	12,210	13,408	14,607	15,806
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		954	1065	1102	1221	1341	1461	1581
1日あたりの単位数		859	959	992	1100	1208	1316	1424

8時間以上9時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		9,834	10,977	11,366	12,598	13,830	15,084	16,305
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		984	1098	1137	1260	1383	1509	1631
1日あたりの単位数		886	989	1024	1135	1246	1359	1469

*1日あたりの単位数以外、単位は円となります。

【別紙】料金表

(令和3年04月01日改訂)

<認知症対応型通所介護利用料金>

○デイサービス利用料金

(介護保険負担割合が2割負担の方)

3時間以上4時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		5,261	5,827	6,016	6,615	7,237	7,847	8,447
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1053	1166	1204	1323	1448	1570	1690
1日あたりの単位数		474	525	542	596	652	707	761

4時間以上5時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		5,505	6,105	6,304	5,827	7,581	8,214	8,846
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1101	1221	1261	1166	1517	1643	1770
1日あたりの単位数		496	550	568	525	683	740	797

5時間以上6時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		8,214	9,168	9,501	10,522	11,521	12,543	13,575
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1643	1834	1901	2105	2305	2509	2715
1日あたりの単位数		740	826	856	948	1038	1130	1223

6時間以上7時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		8,424	8,313	9,745	10,789	11,810	12,864	13,919
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1685	1663	1949	2158	2362	2573	2784
1日あたりの単位数		759	749	878	972	1064	1159	1254

7時間以上8時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		9,534	10,644	11,011	12,210	13,408	14,607	15,806
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1907	2129	2203	2442	2682	2922	3162
1日あたりの単位数		859	959	992	1100	1208	1316	1424

8時間以上9時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		9,834	10,977	11,366	12,598	13,830	15,084	16,305
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1967	2196	2274	2520	2766	3017	3261
1日あたりの単位数		886	989	1024	1135	1246	1359	1469

*1日あたりの単位数以外、単位は円となります。

<認知症対応型通所介護利用料金>

○デイサービス利用料金

(介護保険負担割合が3割負担の方)

3時間以上4時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		5,261	5,827	6,016	6,615	7,237	7,847	8,447
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1579	1749	1805	1985	2172	2355	2535
1日あたりの単位数		474	525	542	596	652	707	761

4時間以上5時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		5,505	6,105	6,304	5,827	7,581	8,214	8,846
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		1652	1832	1892	1749	2275	2465	2654
1日あたりの単位数		496	550	568	525	683	740	797

5時間以上6時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		8,214	9,168	9,501	10,522	11,521	12,543	13,575
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		2465	2751	2851	3157	3457	3763	4073
1日あたりの単位数		740	826	856	948	1038	1130	1223

6時間以上7時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		8,424	8,313	9,745	10,789	11,810	12,864	13,919
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		2528	2494	2924	3237	3543	3860	4176
1日あたりの単位数		759	749	878	972	1064	1159	1254

7時間以上8時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		9,534	10,644	11,011	12,210	13,408	14,607	15,806
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		2861	3194	3304	3663	4023	4383	4742
1日あたりの単位数		859	959	992	1100	1208	1316	1424

8時間以上9時間未満の1日あたりのご利用料金

項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日あたりの利用料金		9,834	10,977	11,366	12,598	13,830	15,084	16,305
介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		2951	3294	3410	3780	4149	4526	4892
1日あたりの単位数		886	989	1024	1135	1246	1359	1469

*1日あたりの単位数以外、単位は円となります。

○加算対象サービス

・サービス提供体制強化加算(Ⅱ)…

介護福祉士有資格者を50%以上配置し、1日につき18単位を加算いたします。

・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)…1ヶ月の利用総単位数に10.4%を乗じた単位を加算いたします。

・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)…1ヶ月の利用総単位数に3.1%を乗じた単位を加算いたします。

・入浴介助加算(Ⅰ)…入浴介助、1回につき40単位を加算いたします。

・送迎減算…

同一建物からサービス利用する際、往復送迎をしない場合94単位を減算いたします。

居宅からサービス利用する際、片道送迎をしない場合47単位を減算いたします。

・若年性認知症利用者受入加算(40歳以上65歳未満)…1日につき60単位

・食事提供費…昼食:600円(おやつ代約100円含む) 夕食:600円

・排泄用品代…

利用時に持参していただくことが基本ですが、忘れてしまった場合や持参分が足りなくなった場合に、施設の排泄用品を1枚単位で購入していただくことになります。

リハビリパンツ1枚:150円

尿取りパット:1枚50円

・実費負担…ご本人様が日常的に使用する生活用品等の購入、個人の活動にかかる費用は個人負担となります。

※事業者が要件を満たした場合に、サービス提供体制強化加算など算定し、徴収させていただきます。

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的として、2021年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せられます

認知症対応型通所介護 ジロール神田佐久間町

〈申込者〉 年 月 日

氏 名	対象者との続柄	
住 所	〒	
連絡先	(電話)	(携帯)
	(FAX)	

〈対象者〉

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和 年 月 日
住 所	〒		
介護認定	電話番号		
	<input type="checkbox"/> 申請済(要介護度) <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中(月 日)		
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター)	(事業所名) (担当ケアマネージャー)		(電話)
かかりつけの病院	病院	科	先生(電話)
	病院	科	先生(電話)
既往歴			
認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー性 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他() <small>※認知症の診断を受けている方のみご記入ください</small>		
入所入院中の施設	(施設・病院名) (担当者名)		(電話)
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 福祉事業所 担当者名()		
他事業の利用申込	<input type="checkbox"/> 希望しない / <input type="checkbox"/> 希望する(<input type="checkbox"/> GHジロール麴町 <input type="checkbox"/> GHジロール神田佐久間町)		
備 考			

サービス開始にあたってのご要望等

受付日	
受付者	
面接日	/

(お問い合わせ先)

社会福祉法人 新生寿会 ジロール麴町
(電話)03-3222-8752 (FAX)03-3222-9680