

# リバーヒル長井デイサービスセンターすこやか料金表（事業対象者・要支援の方）

令和8年2月現在

※下表の負担割合の1割、2割、3割とは、介護保険負担割合証に記載されている割合を指します。

## 1 介護保険共通料金（単位：円）

	事業対象者・要支援 1 (月額)	事業対象者・要支援 2 (月額)
1 割負担	1,598	3,221
2 割負担	3,196	6,442
3 割負担	4,794	9,663

## 2 介護保険加算料金自己負担分（該当する方）（単位：円）

加算名称		適 用	負担割合ごとの金額		
			1 割	2 割	3 割
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	要支援 1	該当する場合、1 回ごとに算定	88	176	264
	要支援 2	同上	176	352	528
科学的介護推進体制加算		該当する場合、1 月に 1 回算定	40	80	120
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		$(1 \text{ の額} + 2 \text{ の前行までの額}) \times 92 / 1000$ により算定する額			

## 3 その他の料金（単位：円）

品 目	適 用	金 額	算定単位
昼食代		760	1 日あたり
茶菓子・飲物代		60	1 日あたり
尿取りパット	希望者のみ	70	1 枚あたり
紙おむつ	同上	120	同上
紙パンツ	同上	150	同上
連絡帳ファイルケース代		450	1 冊あたり
特別な行事にかかる費用	事前に説明のうえ、同意をいただいた場合	実費	
キャンセル料	利用取り消しの連絡が当日になった場合	700	1 回あたり