

リバーヒルデイサービスセンター輝ら凜料金表

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)

負担割合	△ 利用時間 要介護度	3時間以上	4時間以上	5時間以上	6時間以上	7時間以上	8時間以上
		4時間未満	5時間未満	6時間未満	7時間未満	8時間未満	9時間未満
1割	要介護1	543	569	858	880	994	1,026
	要介護2	597	626	950	974	1,102	1,137
	要介護3	653	684	1,040	1,066	1,210	1,248
	要介護4	708	741	1,132	1,161	1,319	1,362
	要介護5	762	799	1,225	1,256	1,427	1,472
2割	要介護1	1,086	1,138	1,716	1,760	1,988	2,052
	要介護2	1,194	1,252	1,900	1,948	2,204	2,274
	要介護3	1,306	1,368	2,080	2,132	2,420	2,496
	要介護4	1,416	1,482	2,264	2,322	2,638	2,724
	要介護5	1,524	1,598	2,450	2,512	2,854	2,944
3割	要介護1	1,629	1,707	2,574	2,640	2,982	3,078
	要介護2	1,791	1,878	2,850	2,922	3,306	3,411
	要介護3	1,959	2,052	3,120	3,198	3,630	3,744
	要介護4	2,124	2,223	3,396	3,483	3,957	4,086
	要介護5	2,286	2,397	3,675	3,768	4,281	4,416

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
入浴介助加算 (I)	該当する場合、1日単位で算定	40	80	120
生活機能向上連携加算 (II)	該当する場合、1月に1回算定	200	400	600
送迎減算	事業所が送迎しない場合、片道あたり	▲47	▲94	▲141
サービス提供体制強化加算 (I)	該当する場合、1回ごとに算定	22	44	66
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の額+2の前行までの額) × 158/1000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	茶菓子・飲物代を含む	490	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	430	1回あたり