

# リバーヒルデイサービスセンターすこやか料金表

## (1) 要介護の方：介護サービス費：通常規模抜粋（1日につき）

提供時間 介護度	1割負担		
	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
要介護1	567円	581円	665円
要介護2	670円	686円	773円
要介護3	773円	792円	896円
要介護4	876円	897円	1,018円
要介護5	979円	1,003円	1,142円

## (2) 加減算料金

項目	1割負担	備考
生活機能向上連携加算（1月につき）	200円	※算定時は1/2の額
入浴介助加算(1日につき)	40円	実施者のみ
口腔機能向上加算(1回につき)	150円	実施者のみ（月2回まで）
個別機能訓練加算Ⅰロ(1回につき)	85円	実施者のみ
個別機能訓練加算Ⅱ(1回につき)	★20円	実施者のみ
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	18円	全員が対象（1日につき）
送迎を実施しない場合の減算	-47円	家族が送迎を行った場合等
科学的介護推進体制加算（月額）	40円	厚労省へデータを提出

※介護職員処遇改善加算Iとして1ヶ月のサービス費・加算合計に5.9%が加算されます。

※介護職員等特定処遇改善加算Iとして1ヶ月のサービス費・加算合計に1.2%が加算されます。

※2割負担の方は1割負担の2倍、3割負担の方は1割負担の3倍の料金となります。

※1割負担～3割負担とは、介護保険負担割合証に記載されている割合をいいます。

★算定条件を満たした場合には加算いたします。

## (3) その他の料金（全額自己負担）

項目	料金	備考
昼食代	700円	
茶菓子飲料代	60円	飲み物込
尿とりパット1枚	70円	希望者のみ
紙おむつ1枚	120円	希望者のみ
紙パンツ1枚	150円	希望者のみ
キャンセル料	700円	連絡が当日になった場合
特別な行事等にかかる費用	実費	事前に説明を行い同意いただく
連絡帳代	450円	連絡帳綴とケース代