

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	厚労省ヘデータを提出

※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