

# リバーヒルデイサービスセンター輝ら凧料金表

令和7年1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	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
	要介護度	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
1割	要支援1	475	497	741	760	861
	要支援2	526	551	828	851	961
	要介護1	543	569	858	880	994
	要介護2	597	626	950	974	1,102
	要介護3	653	684	1,040	1,066	1,210
	要介護4	708	741	1,132	1,161	1,319
	要介護5	762	799	1,225	1,256	1,427
2割	要支援1	950	994	1482	1520	1722
	要支援2	1052	1102	1656	1702	1922
	要介護1	1,086	1,138	1,716	1,760	1,988
	要介護2	1,194	1,252	1,900	1,948	2,204
	要介護3	1,306	1,368	2,080	2,132	2,420
	要介護4	1,416	1,482	2,264	2,322	2,638
	要介護5	1,524	1,598	2,450	2,512	2,854
3割	要支援1	1425	1491	2223	2280	2583
	要支援2	1578	1653	2484	2553	2883
	要介護1	1,629	1,707	2,574	2,640	2,982
	要介護2	1,791	1,878	2,850	2,922	3,306
	要介護3	1,959	2,052	3,120	3,198	3,630
	要介護4	2,124	2,223	3,396	3,483	3,957
	要介護5	2,286	2,397	3,675	3,768	4,281

## 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) × 181/1000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	430	1日あたり
尿取りパット	提供時、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	初回のみ	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	500	1回あたり