

## 料 金 表

| 項目             | 内 容                    | 利用者等が支払う金額 <sup>(注)</sup><br>(負担割合が1割の場合) | 単位      | 備 考      |   |  |         |
|----------------|------------------------|---|---------|----------|---|--|---------|
| 法定代理受領サービスの利用料 | 介護予防通所介護及び<br>第一号通所事業費 | 要支援 1                                     | 1,647   | 1 月      | 該当する要支援に<br>応じて徴収<br><br>※事業対象者とは基本<br>チェックリスト該<br>当者 |  |         |
|                |                        | 要支援 2                                     | 3,377   |          |   |  |         |
|                |                        | 事業対象者 <sup>※</sup>                        | 1,647   |          |   |  |         |
|                | 選択的サービスの<br>サービス       | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ                          | 要支援 1   | 72       | 1 月   |  |         |
|                |                        |   | 要支援 2   | 144      |   |  |         |
|                |                        | 運動機能向上加算                                  | 225     | 1 月      | 該当者から徴収   |  |         |
|                |                        |   | 栄養改善加算  | 150      | 1 月   |  | 該当者から徴収 |
|                |                        |   |         | 口腔機能向上加算 | 150   |  | 1 月     |
|                |                        | 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)                          | 480     | 1 月      | 選択的サービスのうち<br>2種類実施<br>選択的サービスのうち<br>3種類実施            |  |         |
|                | 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)       | 700                                       |         |          |   |  |         |
| 若年性認知症利用者受入加算  | 240                    | 1 月                                       | 該当者から徴収 |          |   |  |         |

※介護職員処遇改善加算：合計金額の5.9%が別途加わります。(利用実績によって異なります。)

※甲府市の地域区分が7級地のため、1単位あたりの単価が10.14となります。

注) 所得に応じて1割又は2割の負担割合となります。

|        |           |      |    |         |
|--------|-----------|------|----|---------|
| その他の費用 | 食費(おやつ含む) | 590円 | 1日 |         |
|        | リハビリパンツ代  | 200円 | 1枚 | 該当者から徴収 |
|        | パット代      | 80円  | 1枚 | 該当者から徴収 |
|        | おむつ代      | 200円 | 1枚 | 該当者から徴収 |