

料 金 表

項目	内 容		利用者等が支払う金額 ^(注) (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 第一号通所事業費	事業対象者・ 要支援1	1,798	1月	該当する要支援に 応じて徴収
		事業対象者・ 要支援2	3,621		
	サービス提供体制強化加算(I)	要支援1	88	1月	体制が整い次第算定
		要支援2	176		
	若年性認知症利用者受入加算		240	1月	
	☆栄養改善加算		200	1月	
	☆口腔機能向上加算(I) ※LIFE		150	1月	
	☆口腔機能向上加算(II) ※LIFE		160	1月	
	☆生活機能向上連携加算(I) ※LIFE		100	1月	
	☆生活機能向上連携加算(II) ※LIFE		200		
☆口腔・栄養スクリーニング加算(I) ※LIFE		20	回		
☆口腔・栄養スクリーニング加算(II) ※LIFE		5			
☆科学的介護推進体制加算※LIFE		40	1月		

※介護職員等処遇改善加算(I)：合計金額の9.2%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) 所得に応じた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