

～地域密着型通所介護～

	3時間以上4時間未満				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	416	4,160円	416円	832円	1,248円
要介護 2	478	4,780円	478円	956円	1,434円
要介護 3	540	5,400円	540円	1,080円	1,620円
要介護 4	600	6,000円	600円	1,200円	1,800円
要介護 5	663	6,630円	663円	1,326円	1,989円

～通所介護相当サービス～

区分	利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1 事業対象者 (更新者に限る)	1.798	3.596	5.394
要支援 2	週 1 回程度利用	1.811	3.622
	週 2 回程度利用	3.621	7.242
			10.863

～生きがい型デイサービス～

※サービス提供時間は、月～金 9:30～11:30となります

生きがい型デイサービス (日額/月額)	利用者負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1 事業対象	週1回、月4回まで	305円/日	610円/日
	週1回、月5回まで	1,318円/月	2,636円/月
要支援 2	週1回、月4回まで	305円/日	610円/日
	週1回、月5回まで	1,318円/月	2,636円/月
	週2回、月8回まで	305円/日	610円/日
	週2回、月9回まで	2,702円/月	5,404円/月
			8,106円/月

～加算関係～

	利用料	利用者負担	算定回数等
個別機能訓練加算 (I) イ 56単位	(I) イ 560円	56円	サービス提供日数
個別機能訓練加算 (I) ロ 76単位	(I) ロ 760円	76円	
個別機能訓練加算 (II) 20単位	(II) 200円	20円	
A D L 維持等加算 (I) 30単位	(I) 300円	30円	1月につき
A D L 維持等加算 (II) 60単位	(II) 600円	60円	
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位	200円	20円	6月に1回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 5単位	50円	5円	
口腔機能向上加算 (I) 150単位	1,500円	150円	3月以内の期間に限り 1月に2回を限度
口腔機能向上加算 (II) 160単位	1,600円	160円	
科学的介護推進体制加算 40単位	400円	40円	1月につき
介護職員等処遇改善加算 (II)	所定単位数の9.0%		1月につき

※居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道503円（利用者負担51円）減額となります

※利用者居宅が、通常の事業実施地域を越えて行う送迎については、通常の事業の実施地域を越えたところから交通費として片道分1kmごとに300円請求いたします（通常の実施地域…当事業所から3km範囲内）



<お問い合わせ先>

◆受付時間 8:20～17:15

〒036-8185 弘前市御幸町15-18

TEL:070-5683-8424 FAX:050-1169-4335