

通所介護（一般型）料金表

令和6年4月1日現在

時間	区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
3時間以上 4時間未満	要介護度1	3,700円	370円
	要介護度2	4,230円	423円
	要介護度3	4,790円	479円
	要介護度4	5,330円	533円
	要介護度5	5,880円	588円
4時間以上 5時間未満	要介護度1	3,880円	388円
	要介護度2	4,440円	444円
	要介護度3	5,020円	502円
	要介護度4	5,600円	560円
	要介護度5	6,170円	617円
5時間以上 6時間未満	要介護度1	5,700円	570円
	要介護度2	6,730円	673円
	要介護度3	7,770円	777円
	要介護度4	8,800円	880円
	要介護度5	9,840円	984円
6時間以上 7時間未満	要介護度1	5,840円	584円
	要介護度2	6,890円	689円
	要介護度3	7,960円	796円
	要介護度4	9,010円	901円
	要介護度5	10,080円	1,008円
7時間以上 8時間未満	要介護度1	6,580円	658円
	要介護度2	7,770円	777円
	要介護度3	9,000円	900円
	要介護度4	10,230円	1,023円
	要介護度5	11,480円	1,148円
8時間以上 9時間未満	要介護度1	6,690円	669円
	要介護度2	7,910円	791円
	要介護度3	9,150円	915円
	要介護度4	10,410円	1,041円
	要介護度5	11,680円	1,168円

《その他加算》

- ・ 入浴介助加算Ⅰ 1回あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です
- ・ 入浴介助加算Ⅱ 1回あたり 550円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は55円です
- ・ 個別機能訓練加算Ⅰイ 1日あたり 560円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は56円です
- ・ サービス提供体制強化加算Ⅰ 1回あたり 220円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は22円です
- ・ 中重度者ケア体制加算 1日あたり 450円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は45円です
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 毎月算定単位数の9.2%
ただし、介護保険適用時の自己負担額は毎月算定単位数の9.2%の1割分となります
- ・ 栄養改善加算 1回あたり 2,000円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は200円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ 口腔機能向上加算 1回あたり 1,500円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は150円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ ADL維持等加算Ⅰ 1月あたり 300円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は30円です
- ・ ADL維持等加算Ⅱ 1月あたり 600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は60円です
- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です

塩尻市が地域区分7級地に指定されたため1単位10.17円となります

上記の総額 × 1.017 (円) が自己負担額となります

※2割負担の場合は上記の自己負担額が2倍、3割負担の場合は上記の自己負担額が3倍になります

《保険外》

- ・ 教養娯楽費 1日70円 食費830円 その他おむつ代にかかる費用などは自己負担となります
- ・ 通常の実施地域以外に居住する方の利用料は1回あたり所定単位数の5%をした額となります
- ・ 洗濯費1回210円

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります

①ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	通所介護利用料の10%

(3) 営業時間外の時間延長利用料

営業時間以外で午前8時30分から午後5時30分まで時間延長の利用ができません。利用料は8時間以上9時間未満の場合50円加算、9時間以上100円を加算した額となります。

(4) 支払方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、口座引き落とし、銀行振り込み、現金払いの3通りの中からご契約の際に選ぶことができます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直後の平日）に、指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、請求書に記載の事業者が指定する口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、現金でお支払いください。

通所介護（認知症対応型）料金表

(1) デイサービス利用料

(令和6年6月1日現在)

時間	区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
3時間以上4 時間未満	要介護度1	4,910円	491円
	要介護度2	5,410円	541円
	要介護度3	5,890円	589円
	要介護度4	6,390円	639円
	要介護度5	6,880円	688円
4時間以上5 時間未満	要介護度1	5,150円	515円
	要介護度2	5,660円	566円
	要介護度3	6,180円	618円
	要介護度4	6,690円	669円
	要介護度5	7,200円	720円
5時間以上6 時間未満	要介護度1	7,710円	771円
	要介護度2	8,540円	854円
	要介護度3	9,360円	936円
	要介護度4	10,160円	1,016円
	要介護度5	10,990円	1,099円
6時間以上7 時間未満	要介護度1	7,900円	790円
	要介護度2	8,760円	876円
	要介護度3	9,600円	960円
	要介護度4	10,420円	1,042円
	要介護度5	11,270円	1,127円
7時間以上8 時間未満	要介護度1	8,940円	894円
	要介護度2	9,890円	989円
	要介護度3	10,860円	1,086円
	要介護度4	11,830円	1,183円
	要介護度5	12,780円	1,278円
8時間以上9 時間未満	要介護度1	9,220円	922円
	要介護度2	10,200円	1,020円
	要介護度3	11,200円	1,120円
	要介護度4	12,210円	1,221円
	要介護度5	13,210円	1,321円

その他の加算

- ・ 入浴介助加算Ⅰ 1回あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です
- ・ 入浴介助加算Ⅱ 1回あたり 550円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は55円です
- ・ 個別機能訓練加算Ⅰ 1日あたり 270円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は27円です
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 1回あたり 220円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は22円です
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 毎月算定単位数の18.1%
ただし、介護保険適用時の自己負担額は毎月算定単位数の18.1%の一割分となります。
- ・ 栄養改善加算 1回あたり 2,000円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は200円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ 口腔機能向上加算 1回あたり 1,500円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は150円です
月2回まで。原則3ヶ月とする。
- ・ ADL等維持加算Ⅰ 1月あたり 300円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は30円です
- ・ ADL等維持加算Ⅱ 1月あたり 600円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は60円です
- ・ 科学的介護推進体制加算 1月あたり 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です

塩尻市が地域区分7級地に指定されたため1単位10.17円となります

上記の総額 × 1.017（円）が自己負担額となります

※2割負担の場合は上記自己負担額の2倍になります

※3割負担の場合は上記自己負担額の3倍になります

保険外費用

- ・ 教養娯楽費 1日70円 食費 830円（食材費・調理コスト費含む）
その他、おむつ代にかかる費用などは自己負担となります。
- ・ 洗濯費 1回210円

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時15分までにご連絡がなかった場合	通所介護利用料の10%

(3) 営業時間外の時間延長利用料

営業時間以外で午前8時30分から午後5時30分まで時間延長の利用ができます。利用料は8時間以上9時間未満の場合50円加算、9時間以上100円を加算した額となります。

(4) 支払方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、口座引き落とし、銀行振り込み、現金払いの3通りの中からご契約の際に選ぶことができます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直後の平日）に、指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、請求書に記載の事業者が指定する口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、現金でお支払いください。

通所介護（介護予防総合支援事業）料金表

利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）通所型独自サービス（現行のサービス）

令和6年6月1日現在

区分	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額
要支援1	17,980円	1,798円
要支援2	36,210円	3,621円

- ・介護職員等処遇改善加算Ⅰ 毎月算定単位数の9.2%
ただし、介護保険適用時の自己負担額は毎月算定単位数の9.2%の1割分となります。

- ・科学的介護推進体制加算 1月につき 400円
ただし、介護保険適用時の自己負担額は40円です

- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ

区分	1月あたりの利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己負担額
要支援1	880円	88円
要支援2	1,760円	176円

※2割負担の場合は上記金額の2倍となります

※3割負担の場合は上記金額の3倍となります

※塩尻市が地域区分7級地に指定されたため1単位10.17円となります

上記の総額 × 1.017（円）が自己負担額となります

《保険外》

- ・教養娯楽費 1日70円 食費1日830円（食材料費・調理コスト費を含む） おむつ代にかかる費用などは自己負担となります。
- ・通常の実施地域以外に居住する方の利用料は所定単位数の5%を加算した額となります。

(2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は、口座引き落とし、銀行振り込み、現金払い、3通りの中からご契約の際に選ぶことができます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の15日(祝休日の場合は直後の平日)に、指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、請求書に記載の事業者が指定する口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の15日頃郵送する請求書が届きましたら、現金でお支払いください。