

ベルホーム通所・介護予防料金表

平成27年8月1日現在

① 介護報酬に係る利用者負担金 1割

区 分	金 額	内 容 の 説 明	
1) 基本額	要支援1	1,721 円 一月につき	
	要支援2	3,528 円 一月につき	
	要介護1	674 円	
	要介護2	796 円	
	要介護3	922 円	
	要介護4	1,049 円	
	要介護5	1,175 円	
1日あたりの負担額です。			
2) 加算額	生活機能向上グループ活動加算	104 円 一月につき 予	
	サービス提供体制強化加算	25 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		50 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		6 円	要介護の方の1日あたりの負担額です。 通
	介護職員処遇改善加算	73 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		145 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		38 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額 通
	栄養改善加算	156 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 通・予
	口腔機能向上加算	156 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 通・予
	入浴介助加算(1日)	52 円	1日あたりの負担額です。(必要な方) 通
	送迎を行わない場合	-50 円	片道あたりの負担額です。(必要な方) 通・予
	※利用者負担金＝単位数(加算を含む)×10.45円(地域加算)を計算した合計額の10%		

② 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

区 分	金 額	内 容 の 説 明
1) 食費	食費(1回) 790 円	1回あたりの負担額です ※おやつ代を含みます
2) おむつ代	大 185 円	利用者の希望によって提供した場合 (持参の場合は無料)
	中 72 円	
	小 30 円	

③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額、自己負担)

区 分	金 額	内 容 の 説 明
1) 行事代等	実費	利用者の希望によって参加した場合

(注)③は、①及び②で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合に要する費用です

ベルホーム通所・介護予防料金表

平成27年8月1日現在

① 介護報酬に係る利用者負担金 2割

区 分	金 額	内 容 の 説 明	
1) 基本額	要支援1	3,442 円 一月につき	
	要支援2	7,057 円 一月につき	
	要介護1	1,348 円	
	要介護2	1,592 円	
	要介護3	1,845 円	
	要介護4	2,098 円	
	要介護5	2,351 円	
1日あたりの負担額です。			
2) 加算額	生活機能向上グループ活動加算	209 円 一月につき 予	
	サービス提供体制強化加算	50 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		100 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		12 円	要介護の方の1日あたりの負担額です。 通
	介護職員処遇改善加算	146 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		290 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		77 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額 通
	栄養改善加算	313 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 通・予
	口腔機能向上加算	313 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 通・予
	入浴介助加算(1日)	104 円	1日あたりの負担額です。(必要な方) 通
	送迎を行わない場合	-100 円	片道あたりの負担額です。(必要な方) 通・予
※利用者負担金＝単位数(加算を含む)×10.45円(地域加算)を計算した合計額の20%			

② 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

区 分	金 額	内 容 の 説 明
1) 食費	食費(1回) 790 円	1回あたりの負担額です ※おやつ代を含みます
2) おむつ代	大 185 円	利用者の希望によって提供した場合 (持参の場合は無料)
	中 72 円	
	小 30 円	

③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額、自己負担)

区 分	金 額	内 容 の 説 明
1) 行事代等	実費	利用者の希望によって参加した場合

(注)③は、①及び②で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合に要する費用です