

# ベルホーム通所・介護予防通所相当サービス料金表

平成30年4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	644 円	1日あたりの負担額です。
	要介護2	761 円	
	要介護3	881 円	
	要介護4	1,003 円	
	要介護5	1,124 円	
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	109 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		215 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		55 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額 通
	若年性認知症利用者受入加算	250 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 予
		62 円	1日あたりの負担額です。(必要な方) 通
		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

※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・介護予防通所相当サービス料金表

平成30年4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	1,289 円	1日あたりの負担額です。
	要介護2	1,523 円	
	要介護3	1,763 円	
	要介護4	2,006 円	
	要介護5	2,248 円	
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	218 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		431 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		111 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額 通
	若年性認知症利用者受入加算	501 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 予
		125 円	一日あたりの負担額です。(必要な方) 通
		104 円	1日あたりの負担額です。(必要な方) 通
	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	

※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

# ベルホーム通所・介護予防通所相当サービス料金表

平成30年8月1日現在

## ① 介護報酬に係る利用者負担金 3割

区 分	金 額	内 容 の 説 明	
1) 基本額	要支援1	5,163 円	一月につき
	要支援2	10,586 円	一月につき
	要介護1	1,934 円	1日あたりの負担額です。
	要介護2	2,285 円	
	要介護3	2,645 円	
	要介護4	3,009 円	
	要介護5	3,373 円	
2) 加算額	生活機能向上グループ活動加算	313 円	一月につき 予
	サービス提供体制強化加算	75 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		150 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		18 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	327 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。 予
		647 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。 予
		166 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額 通
	若年性認知症利用者受入加算	752 円	一月あたりの負担額です。(必要な方) 予
		188 円	一日あたりの負担額です。(必要な方) 通
	入浴介助加算(1日)	156 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	-148 円	片道あたりの負担額です。(必要な方) 通

※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30%

## 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