

ベルホーム通所・介護予防通所相当サービス料金表

平成31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	621 円
	要介護2	734 円
	要介護3	850 円
	要介護4	967 円
	要介護5	1,084 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	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
		50 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
	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

※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 紙パンツ(1枚) 中 72 円 小 30 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)

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31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	1,243 円 1日あたりの負担額です。
	要介護2	1,469 円
	要介護3	1,701 円
	要介護4	1,935 円
	要介護5	2,169 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
		100 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
	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 紙パンツ(1枚) 中 72 円 小 30 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)

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31年4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	1,865 円 1日あたりの負担額です。
	要介護2	2,203 円
	要介護3	2,551 円
	要介護4	2,903 円
	要介護5	3,254 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
		150 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 紙パンツ(1枚) 中 72 円 小 30 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)

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