

# 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
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
	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	紙パンツ(1枚)	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	紙パンツ(1枚)	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