

ベルホーム通所・介護予防通所相当サービス料金表

令和元年10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	1,730 円	一月につき	
	要支援2	3,546 円	一月につき	
	要介護1	624 円	1日あたりの負担額です。	
	要介護2	737 円		
	要介護3	854 円		
	要介護4	972 円		
	要介護5	1,089 円		
2) 加算額	生活機能向上グループ活動加算	105 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
		51 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	110 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。	予
		219 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。	予
		53 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額	通
	介護職員等特定処遇改善加算	19 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。	予
		37 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。	予
		9 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額	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)	
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	紙パンツ(1枚)	大 189 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 74 円		
		小 31 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

令和元年10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	3,459 円	一月につき	
	要支援2	7,092 円	一月につき	
	要介護1	1,249 円	1日あたりの負担額です。	
	要介護2	1,479 円		
	要介護3	1,709 円		
	要介護4	1,945 円		
	要介護5	2,179 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
		101 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	220 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。	予
		437 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。	予
		107 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額	通
	介護職員等特定処遇改善加算	38 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。	予
		73 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。	予
		18 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額	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)	
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 189 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 74 円		
		小 31 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

令和元年10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	5,189 円	一月につき		
	要支援2	10,637 円	一月につき		
	要介護1	1,874 円	1日あたりの負担額です。		
	要介護2	2,219 円			
	要介護3	2,564 円			
	要介護4	2,918 円			
	要介護5	3,269 円			
2) 加算額	生活機能向上グループ活動加算	314 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	
		151 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	330 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。	予	
		656 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。	予	
		161 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額	通	
	介護職員等特定処遇改善加算	57 円	支援1の方の一月あたりの負担額です。	予	
		110 円	支援2の方の一月あたりの負担額です。	予	
		27 円	介護度により異なる。1日あたりの相当額	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 189 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 74 円		
		小 31 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