

【医和生会やがわせデイサービス料金表】

様

○通所曜日	月	火	水	木	金	土
○支払い方法	・自動引き落とし		・一括持参			

1・予防給付の方

項目	基本料金(月単位)	入浴	運動機能向上加算(月1回)	口腔機能向上加算(月1回)	選択的サービス複数実施加算	サービス提供体制強化加算Ⅱ(月)	栄養改善加算	介護職員処遇改善加算	合計
要支援1	1647円	基本料金に含まれます	225円	150円	480円	24円	150円	5.90%	
要支援2	3377円				700円	48円			

2・介護給付の方

項目	基本料金(日単位)	入浴	個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)	認知症加算(日)	中重度ケア体制加算(日)	栄養改善加算(日)	口腔機能向上加算(日)	サービス提供体制強化加算Ⅱ(日)	介護職員処遇改善加算	合計
要介護1	656円	50円	46円 56円	60円	45円	150円	150円	6円	5.90%	
要介護2	775円									
要介護3	898円									
要介護4	1021円									
要介護5	1144円									

※送迎を行わない場合 -47/片道

3・実費を要するもの

項目	料金	
食費、おやつ	580円	
おむつ代	150円	使用分のみ
尿取りパット代	75円	使用分のみ
連絡袋	500円	
その他		実費を要した場合

4・料金試算表

項目	1回分	回数	合計
介護保険分			円
食事代	580円		円
キャンセル料	700円		円
合計			

※利用予定当日の8:00迄に利用中止の申し出がなかった場合キャンセル料を請求させていただきます。

ご本人・ご家族への説明と同意： 平成 年 月 日

ご本人サイン：

ご家族サイン：

説明者サイン：

