＜ソルメゾン　指定介護予防通所サービス　ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①（非課税）　　令和6年6月1日現在　(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項　　目	要支援1	要支援2
介護予防通所介護費	1,879	3,784
サービス提供体制加算（Ⅰ）	92	184
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率（9.2%）を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	2,153	4,333

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②（非課税）

項　　目	ご負担額
昼食費（おやつ含む）	730
日用品費	実　費
教養娯楽費	実　費

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合のご利用者負担額（非課税）

加算項目の名称	1ヶ月当り
生活機能向上グループ活動加算	114
若年性認知症受入加算	274
栄養アセスメント加算	58
栄養改善加算	228
口腔機能向上加算（Ⅰ）	172
口腔機能向上加算（Ⅱ）	183
一体的サービス提供加算	548
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	114
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	228
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	23
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6
科学的介護推進体制加算	46
サービス提供体制加算(Ⅱ)　要支援1	83
サービス提供体制加算(Ⅱ)　要支援2	164
サービス提供体制加算(Ⅲ)　要支援1	28
サービス提供体制加算(Ⅲ)　要支援2	55

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

④キャンセル料（不課税）

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、昼食費分の730円/日をキャンセル料としてお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金（課税）

項　　目		料　金
オムツ等（各1枚）	尿とりパット	61
	紙パンツ	254
喫茶コーナー		実　費
特別な食事		実　費
地域外送迎	10㎞未満	825
	10㎞以上	1,650
複写物の交付（1枚当り）		22

（注）・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

＜ソルメゾン　指定介護予防通所サービス　ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①（非課税）　　令和6年6月1日現在　(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項　　目	要支援1	要支援2
介護予防通所介護費	3,758	7,568
サービス提供体制加算（Ⅰ）	184	368
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率（9.2%）を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	4,306	8,665

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②（非課税）

項　　目	ご負担額
昼食費（おやつ含む）	730
日用品費	実　費
教養娯楽費	実　費

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合のご利用者負担額（非課税）

加算項目の名称	1ヶ月当り
生活機能向上グループ活動加算	228
若年性認知症受入加算	548
栄養アセスメント加算	115
栄養改善加算	456
口腔機能向上加算（Ⅰ）	343
口腔機能向上加算（Ⅱ）	366
一体的サービス提供加算	1,095
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	228
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	456
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	46
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	11
科学的介護推進体制加算	92
サービス提供体制加算(Ⅱ)　要支援1	165
サービス提供体制加算(Ⅱ)　要支援2	328
サービス提供体制加算(Ⅲ)　要支援1	55
サービス提供体制加算(Ⅲ)　要支援2	109

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

④キャンセル料（不課税）

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、昼食費分の730円/日をキャンセル料としてお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金（課税）

項　　目		料　金
オムツ等（各1枚）	尿とりパット	61
	紙パンツ	254
喫茶コーナー		実　費
特別な食事		実　費
地域外送迎	10㎞未満	825
	10㎞以上	1,650
複写物の交付（1枚当り）		22

（注）・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

＜ソルメゾン　指定介護予防通所サービス　ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①（非課税）　　令和6年6月1日現在　(単位＝円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項　　目	要支援1	要支援2
介護予防通所介護費	5,637	11,352
サービス提供体制加算（Ⅰ）	276	552
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率（9.2%）を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	6,459	12,998

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②（非課税）

項　　目	ご負担額
昼食費（おやつ含む）	730
日用品費	実　費
教養娯楽費	実　費

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合のご利用者負担額（非課税）

加算項目の名称	1ヶ月当り
生活機能向上グループ活動加算	342
若年性認知症受入加算	822
栄養アセスメント加算	173
栄養改善加算	684
口腔機能向上加算（Ⅰ）	514
口腔機能向上加算（Ⅱ）	549
一体的サービス提供加算	1,643
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	342
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	684
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	69
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	16
科学的介護推進体制加算	138
サービス提供体制加算(Ⅱ)　要支援1	248
サービス提供体制加算(Ⅱ)　要支援2	492
サービス提供体制加算(Ⅲ)　要支援1	82
サービス提供体制加算(Ⅲ)　要支援2	163

上記の額は、介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

④キャンセル料（不課税）

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、昼食費分の730円/日をキャンセル料としてお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金（課税）

項　　目		料　金
オムツ等（各1枚）	尿とりパット	61
	紙パンツ	254
喫茶コーナー		実　費
特別な食事		実　費
地域外送迎	10㎞未満	825
	10㎞以上	1,650
複写物の交付（1枚当り）		22

（注）・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。