＜ソルメゾン　指定通所介護　ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 1割

令和6年6月1日現在　(単位＝円)

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

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	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
サービス費(通常規模型　7～8時間)	688	812	941	1,069	1,200
入浴介助加算(Ⅰ)	42	42	42	42	42
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	80	80	80	80	80
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23	23	23	23	23
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　小計(1日当り)	909	1,044	1,184	1,325	1,468

【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

【1日当り基本料金合計(目安)】

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①＋②入浴なし	1,594	1,729	1,869	2,009	2,153
①＋②入浴あり	1,639	1,774	1,914	2,055	2,198

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当り	備考
入浴介助加算(Ⅱ)	63	
中重度者ケア体制加算	52	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	114	3ヶ月に1回限度
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	228	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき114円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	64	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	23	1ヶ月につき
ADL維持等加算(Ⅰ)	35	1ヶ月につき
ADL維持等加算(Ⅱ)	69	1ヶ月につき
認知症加算	69	
若年性認知症利用者受入加算	69	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養アセスメント加算	58	1ヶ月につき
栄養改善加算	228	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	23	6ヶ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6	6ヶ月に1回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	172	原則3ヶ月以内、月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	183	原則3ヶ月以内、月2回限度
科学的介護推進体制加算	46	1ヶ月につき
事業所が送迎を行わない場合	-54	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	21	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	8	

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、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。
「介護報酬上のご利用者負担額と昼食費」

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　指定通所介護　ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 2割

令和6年6月1日現在　(単位＝円)

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

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	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
サービス費(通常規模型　7～8時間)	1,376	1,624	1,881	2,138	2,400
入浴介助加算(Ⅰ)	84	84	84	84	84
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	159	159	159	159	159
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	46	46	46	46	46
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　小計(1日当り)	1,817	2,088	2,368	2,650	2,935

【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

【1日当り基本料金合計(目安)】

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①＋②入浴なし	2,457	2,728	3,008	3,288	3,575
①＋②入浴あり	2,547	2,818	3,098	3,380	3,665

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当り	備考
入浴介助加算(Ⅱ)	126	
中重度者ケア体制加算	103	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	228	3ヶ月に1回限度
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	456	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき228円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	128	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	46	1ヶ月につき
ＡＤＬ維持等加算(Ⅰ)	69	1ヶ月につき
ＡＤＬ維持等加算(Ⅱ)	138	1ヶ月につき
認知症加算	138	
若年性認知症利用者受入加算	138	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養アセスメント加算	115	1ヶ月につき
栄養改善加算	456	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	46	6ヶ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	11	6ヶ月に1回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	343	原則3ヶ月以内、月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	366	原則3ヶ月以内、月2回限度
科学的介護推進体制加算	92	1ヶ月につき
事業所が送迎を行わない場合	-107	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	42	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	15	

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、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。
「介護報酬上のご利用者負担額と昼食費」

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　指定通所介護　ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 3割

令和6年6月1日現在　(単位＝円)

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

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	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
サービス費(通常規模型 7～8時間)	2,063	2,436	2,822	3,207	3,599
入浴介助加算(Ⅰ)	126	126	126	126	126
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	239	239	239	239	239
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	69	69	69	69	69
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　小計(1日当り)	2,725	3,132	3,552	3,975	4,402

【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

【1日当り基本料金合計(目安)】

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①＋②入浴なし	3,320	3,727	4,147	4,567	4,997
①＋②入浴あり	3,455	3,862	4,282	4,705	5,132

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当り	備考
入浴介助加算(Ⅱ)	189	
中重度者ケア体制加算	154	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	342	3ヶ月に1回限度
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	684	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき342円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	192	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	69	1ヶ月につき
ADL維持等加算(Ⅰ)	104	1ヶ月につき
ADL維持等加算(Ⅱ)	207	1ヶ月につき
認知症加算	207	
若年性認知症利用者受入加算	207	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養アセスメント加算	173	1ヶ月につき
栄養改善加算	684	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	69	6ヶ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	16	6ヶ月に1回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	514	原則3ヶ月以内、月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	549	原則3ヶ月以内、月2回限度
科学的介護推進体制加算	138	1ヶ月につき
事業所が送迎を行わない場合	-160	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	63	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	22	

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、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。
「介護報酬上のご利用者負担額と昼食費」

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。