

## <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

### 【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和元年10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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費(大規模型Ⅱ 7～8時間)	625	738	855	973	1,090
入 浴 介 助 加 算	53	53	53	53	53
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	19	19	19	19	19
個別機能訓練加算(Ⅰ)	48	48	48	48	48
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(5.9%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(1.2%)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)	798	918	1,043	1,171	1,295

### 【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	1,471	1,591	1,718	1,844	1,969
① + ② 入浴あり	1,528	1,648	1,773	1,901	2,025

### 【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
生活相談員配置等加算	15	
中重度者ケア体制加算	52	
生活機能向上連携加算	224	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112円)
個別機能訓練加算(Ⅱ)	63	
A D L 維持等加算(Ⅰ)	4	1ヶ月につき
A D L 維持等加算(Ⅱ)	7	1ヶ月につき
認知症加算	68	
若年性認知症利用者受入加算	68	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養改善加算	169	月2回限度
栄養スクリーニング加算	6	
口腔機能向上加算	169	月2回限度
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(Ⅰ)ロ	14	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7	

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(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	10km未満	825
	10km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

### 【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和元年10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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費(大規模型Ⅱ 7～8時間)	1,250	1,476	1,710	1,946	2,180
入 浴 介 助 加 算	105	105	105	105	105
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	38	38	38	38	38
個別機能訓練加算(Ⅰ)	96	96	96	96	96
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(5.9%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(1.2%)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)	1,595	1,835	2,086	2,341	2,590

### 【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	2,212	2,452	2,705	2,958	3,207
① + ② 入浴あり	2,325	2,565	2,816	3,071	3,320

### 【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
生活相談員配置等加算	30	
中重度者ケア体制加算	103	
生活機能向上連携加算	448	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224円)
個別機能訓練加算(Ⅱ)	126	
A D L 維持等加算(Ⅰ)	7	1ヶ月につき
A D L 維持等加算(Ⅱ)	13	1ヶ月につき
認知症加算	136	
若年性認知症利用者受入加算	136	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養改善加算	337	月2回限度
栄養スクリーニング加算	11	
口腔機能向上加算	337	月2回限度
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(Ⅰ)ロ	27	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	13	

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(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 特 別 な 食 事	実 費 実 費
地 域 外 送 迎	10km未満 825 10km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

### 【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和元年10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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費(大規模型Ⅱ 7～8時間)	1,875	2,214	2,565	2,919	3,270
入 浴 介 助 加 算	157	157	157	157	157
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	57	57	57	57	57
個別機能訓練加算(Ⅰ)	144	144	144	144	144
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(5.9%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(1.2%)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)	2,392	2,753	3,129	3,512	3,885

### 【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	2,953	3,313	3,693	4,072	4,445
① + ② 入浴あり	3,122	3,483	3,859	4,242	4,615

### 【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
生活相談員配置等加算	44	
中重度者ケア体制加算	154	
生活機能向上連携加算	671	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336円)
個別機能訓練加算(Ⅱ)	189	
A D L 維持等加算(Ⅰ)	10	1ヶ月につき
A D L 維持等加算(Ⅱ)	19	1ヶ月につき
認知症加算	204	
若年性認知症利用者受入加算	204	認知症加算を算定している場合は算定しない
栄養改善加算	505	月2回限度
栄養スクリーニング加算	16	
口腔機能向上加算	505	月2回限度
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(Ⅰ)ロ	41	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19	

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(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 特 別 な 食 事	実 費 実 費
地 域 外 送 迎	10km未満 825 10km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。