

<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4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(通常規模型 7~8時間)	685	808	937	1,064	1,194
入浴介助加算(Ⅰ)	42	42	42	42	42
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	59	59	59	59	59
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23	23	23	23	23
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				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.1%)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)	875	1,009	1,147	1,285	1,425

【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	1,559	1,692	1,832	1,970	2,110
① + ② 入浴あり	1,605	1,739	1,877	2,015	2,155

【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)	113	3ヶ月に1回限度
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	226	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113円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	97	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	22	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅰ)	34	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅱ)	69	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅲ)	4	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	226	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	22	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)	171	原則3ヶ月以内、月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	181	原則3ヶ月以内、月2回限度
科学的介護推進体制加算	44	1ヶ月につき
事業所が送迎を行わない場合	-55	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	20	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	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)、介護職員等ベースアップ等支援加算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)

- ・利用料金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4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(通常規模型 7~8時間)	1,369	1,616	1,873	2,128	2,387
入浴介助加算(Ⅰ)	84	84	84	84	84
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	117	117	117	117	117
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	46	46	46	46	46
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				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.1%)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)	1,750	2,017	2,293	2,569	2,849

【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	2,388	2,653	2,933	3,209	3,489
① + ② 入浴あり	2,480	2,747	3,023	3,299	3,579

【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)	226	3ヶ月に1回限度
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	452	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226円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	193	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	44	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅰ)	67	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅱ)	138	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅲ)	7	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	452	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	44	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)	341	原則3ヶ月以内、月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	362	原則3ヶ月以内、月2回限度
科学的介護推進体制加算	88	1ヶ月につき
事業所が送迎を行わない場合	-109	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	40	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	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)、介護職員等ベースアップ等支援加算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)

- ・利用料金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4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(通常規模型 7~8時間)	2,054	2,424	2,809	3,192	3,580
入浴介助加算(Ⅰ)	126	126	126	126	126
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	176	176	176	176	176
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	69	69	69	69	69
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				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.1%)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)	2,624	3,026	3,439	3,853	4,273

【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	3,216	3,615	4,035	4,448	4,869
① + ② 入浴あり	3,354	3,756	4,169	4,583	5,003

【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)	339	3ヶ月に1回限度
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	678	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339円)
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	289	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	66	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅰ)	101	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅱ)	207	1ヶ月につき
A D L維持等加算(Ⅲ)	10	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	678	月2回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	66	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)	511	原則3ヶ月以内、月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	543	原則3ヶ月以内、月2回限度
科学的介護推進体制加算	132	1ヶ月につき
事業所が送迎を行わない場合	-163	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	60	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	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)、介護職員等ベースアップ等支援加算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)

- ・利用料金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。