

通所介護にかかる費用について

自己負担額1割

時間	3－4				
介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	370	423	479	533	588
個別機能訓練加算	56	56	56	56	56
合計単位	426	479	535	589	644
地域加算(×10.54)	4490	5048	5638	6208	6787
保険支給額	4041	4543	5074	5587	6108
自己負担額	449	505	564	621	679
合計額	449	505	564	621	679

科学的介護推進体制加算 1月につき40単位(×10.54) 内1割が自己負担
 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 一か月利用合計単位の9.2% 内1割が自己負担
 サービス提供体制加算Ⅰ 利用日数×22単位 内1割が自己負担
 サービス提供体制加算Ⅱ 利用日数×18単位 内1割が自己負担

自己負担額2割

時間	3－4				
介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	370	423	479	533	588
個別機能訓練加算	56	56	56	56	56
合計単位	426	479	535	589	644
地域加算(×10.54)	4490	5048	5638	6208	6787
保険支給額	3592	4038	4510	4966	5429
自己負担額	898	1010	1128	1242	1358
合計額	898	1010	1128	1242	1358

科学的介護推進体制加算 1月につき40単位(×10.54) 内2割が自己負担
 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 一か月利用合計単位の9.2% 内1割が自己負担
 サービス提供体制加算Ⅰ 利用日数×22単位 内1割が自己負担
 サービス提供体制加算Ⅱ 利用日数×18単位 内1割が自己負担

令和 年 月 日

説明者 社会福祉法人 秀幸福社会 高槻エルダーセンター 通所介護

生活相談員 印

以上の説明に同意します。

利用者(本人) 住所 氏名 印

代理人(代筆者)(本人との関係) 住所 氏名 印