

アクティブライフ輝 料金表 (自己負担額)

令和1年10月1日現在(1割)

①指定通所介護 の介護保険自己負担額 金額のあとの()は単位数

基本	要介護度	要介護1 (一回当たり)	369 円 (364)	通常規模通所 3 時間以上 4 時間未満
		要介護2 (一回当たり)	423 円 (417)	
		要介護3 (一回当たり)	479 円 (472)	
		要介護4 (一回当たり)	533 円 (525)	
		要介護5 (一回当たり)	588 円 (579)	
加算	個別機能訓練(Ⅰ) (一日当たり)		47 円 (46)	機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合
	個別機能訓練(Ⅱ) (一日当たり)		57 円 (56)	
	生活機能向上連携加算 (一月当たり)		203 円 (200)	外部の OT 又は医師と連携して計画を作成
			102 円 (100)	個別機能訓練加算を算定している場合
	口腔機能向上 (一回当たり)		153 円 (150)	口腔清掃の指導・実施または摂食、嚥下機能訓練の指導・実施をした場合(月2回限度)
	サービス提供体制強化(Ⅰ) (一日当たり)		19 円 (18)	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合
	介護職員処遇改善(Ⅰ) (一月当たり)		所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×5.9%	
	介護職員等特定処遇改善(Ⅰ)(一月当たり)		所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×1.2%	

②介護予防・日常生活支援総合事業 の介護保険自己負担額

基本	事業対象者 要支援 1	(一月当たり)	森	1, 679 円 (1655)	袋	1, 679 円 (1655)		
	事業対象者 要支援 2	(一月当たり)	町	3, 441 円 (3393)	井	3, 441 円 (3393)		
加算	生活機能向上グループ活動 (一月当たり)		102 円 (100)		生活機能向上グループ活動を行った場合			
	運動器機能向上 (一月当たり)		229 円 (225)		運動器機能向上サービスを行った場合			
	口腔機能向上 (一月当たり)		153 円 (150)		口腔清掃の指導・実施または摂食、嚥下機能訓練の指導・実施をした場合			
	選択的サービス複数実施 (Ⅰ) (一月当たり)		487 円 (480)		運動器機能向上及び口腔機能向上を組み合わせた場合			
	事業所評価 (一月当たり)		122 円 (120)		基準に適合した事業所の場合			
	サービス提供体制強化 (Ⅰ) (一月当たり)	要支援 1	73 円 (72)		介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上の場合			
		要支援 2	146 円 (144)					
	介護職員処遇改善 (Ⅰ) (一月当たり)			所定単位 (上記基本と加算の単位数合計) × 5. 9%				
	介護職員等特定処遇改善 (Ⅰ) (一月当たり)			所定単位 (上記基本と加算の単位数合計) × 1. 2%				

③その他の費用 (介護保険外)

項目	金額(税込)	備考
日常生活費(身の回り品) (一回当たり)	40 円	おしぼり(本人が希望する場合)
おやつ代 (一回当たり)	173 円	おやつ及び飲み物
オムツ代/リハビリパンツ (1 枚)	150 円	
オムツ代/テープ付き (1 枚)	200 円	
オムツ代/尿取りパッド (1 枚)	60 円	
実施地域外の交通費 (1km 当たり)	88 円	通常の実施地域を越えて行う地域に送迎する場合(通常の実施地域を超えた地点から算定)
教養娯楽に関する材料費	実費	クラブ活動に使用する材料(本人が希望する場合)
コピー使用代 (1 枚当たり)	モノクロ 10 円 カラー 50 円	
キャンセル料 (要介護のみ)	550 円	送迎出発時間までに連絡が無かった場合
連絡帳セット(ファイル及びバック)	220 円	初回時のみ

注) 被保険者証に(保険料を滞納し)償還払いの記載があるときは、通所サービス費とその他の料金全額をお支払いいただきます。この場合には、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を市町村の窓口へ提出し保険給付対象額の払い戻しを受けてください。

注) 事業所が送迎しなかったときは、片道につき47単位を所定単位数から減算します。(要介護のみ)

注) 森町は地域区分が7級地であるため、単位数に10.14円を乗じた金額が料金となっています。

注) この料金は、1割負担の方の1回あたりの目安を表示したものです。一カ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

注) 基本報酬及び加算報酬の自己負担額は、負担割合証に記載された割合となります。変更がある場合はその割合の支払いとなります。

アクティブライフ輝 料金表（自己負担額）

令和1年10月1日現在(2割)

①指定通所介護 の介護保険自己負担額 金額のあとの()は単位数

基本	要介護度	要介護1 (一回当たり)	738 円 (364)	通常規模通所 3 時間以上 4 時間未満
		要介護2 (一回当たり)	846 円 (417)	
		要介護3 (一回当たり)	958 円 (472)	
		要介護4 (一回当たり)	1,065 円 (525)	
		要介護5 (一回当たり)	1,175 円 (579)	
加算	個別機能訓練(Ⅰ) (一日当たり)		94 円 (46)	機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合
	個別機能訓練(Ⅱ) (一日当たり)		114 円 (56)	
	生活機能向上連携加算 (一月当たり)		203 円 (200)	外部のOT 又は医師と連携して計画を作成
			203 円 (100)	個別機能訓練加算を算定している場合
	口腔機能向上 (一回当たり)		305 円 (150)	口腔清掃の指導・実施または摂食、嚥下機能訓練の指導・実施をした場合(月2回限度)
	サービス提供体制強化(Ⅰ) (一日当たり)		37 円 (18)	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合
	介護職員処遇改善(Ⅰ) (一月当たり)		所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×5.9%	
	介護職員等特定処遇改善(Ⅰ)(一月当たり)		所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×1.2%	

②介護予防・日常生活支援総合事業 の介護保険自己負担額

基本	事業対象者 要支援 1	(一月当たり)	森町	3,357 円 (1655)	袋井	3,357 円 (1655)		
	事業対象者 要支援 2	(一月当たり)		6,881 円 (3393)		6,881 円 (3393)		
加算	生活機能向上グループ活動 (一月当たり)		203 円 (100)		生活機能向上グループ活動を行った場合			
	運動器機能向上 (一月当たり)		457 円 (225)		運動器機能向上サービスを行った場合			
	口腔機能向上 (一月当たり)		305 円 (150)		口腔清掃の指導・実施または摂食、嚥下機能訓練の指導・実施をした場合			
	選択的サービス複数実施 (Ⅰ) (一月当たり)		974 円 (480)		運動器機能向上及び口腔機能向上を組み合わせた場合			
	事業所評価 (一月当たり)		244 円 (120)		基準に適合した事業所の場合			
	サービス提供体制強化 (Ⅰ) (一月当たり)	要支援 1	146 円 (72)		介護職員のうち介護福祉士の占める割合が50%以上の場合			
		要支援 2	292 円 (144)					
	介護職員処遇改善 (Ⅰ) (一月当たり)			所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×5.9%				
	介護職員等特定処遇改善 (Ⅰ) (一月当たり)			所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×1.2%				

③その他の費用（介護保険外）

項目	金額(税込)	備考
日常生活費(身の回り品) (一回当たり)	40 円	おしぼり(本人が希望する場合)
おやつ代 (一回当たり)	173 円	おやつ及び飲み物
オムツ代/リハビリパンツ (1 枚)	150 円	
オムツ代/テープ付き (1 枚)	200 円	
オムツ代/尿取りパッド (1 枚)	60 円	
実施地域外の交通費 (1km 当たり)	88 円	通常の実施地域を越えて行う地域に送迎する場合(通常の実施地域を超えた地点から算定)
教養娯楽に関する材料費	実費	クラブ活動に使用する材料(本人が希望する場合)
コピー使用代 (1 枚当たり)	モノクロ 10 円 カラー 50 円	
キャンセル料 (要介護のみ)	550 円	送迎出発時間までに連絡が無かった場合
連絡帳セット(ファイル及びバック)	220 円	初回時のみ

注) 被保険者証に(保険料を滞納し)償還払いの記載があるときは、通所サービス費とその他の料金全額をお支払いいただきます。この場合には、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を市町村の窓口へ提出し保険給付対象額の払い戻しを受けてください。

注) 事業所が送迎しなかったときは、片道につき47単位を所定単位数から減算します。(要介護のみ)

注) 森町は地域区分が7級地であるため、単位数に10.14円を乗じた金額が料金となっています。

注) この料金は、2割負担の方の1回あたりの目安を表示したものです。一カ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

注) 基本報酬及び加算報酬の自己負担額は、負担割合証に記載された割合となります。変更がある場合はその割合の支払いとなります。

アクティブライフ輝 料金表 (自己負担額)

令和1年10月1日現在(3割)

①指定通所介護 の介護保険自己負担額 金額のあとの()は単位数

基本	要介護度	要介護 1 (一回当たり)	1,107 円 (364)	通常規模通所 3 時間以上 4 時間未満
		要介護 2 (一回当たり)	1,269 円 (417)	
		要介護 3 (一回当たり)	958 円 (472)	
		要介護 4 (一回当たり)	1,436 円 (525)	
		要介護 5 (一回当たり)	1,762 円 (579)	
加算	個別機能訓練 (Ⅰ) (一日当たり)	140 円 (46)	機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合	
	個別機能訓練 (Ⅱ) (一日当たり)	171 円 (56)		
	生活機能向上連携加算 (一月当たり)	609 円 (200) 305 円 (100)	外部の OT 又は医師と連携して計画を作成 個別機能訓練加算を算定している場合	
	口腔機能向上 (一回当たり)	457 円 (150)	口腔清掃の指導・実施または摂食、嚥下機能訓練の指導・実施をした場合 (月 2 回限度)	
	サービス提供体制強化 (Ⅰ) (一日当たり)	55 円 (18)	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 50% 以上の場合	
	介護職員処遇改善 (Ⅰ) (一月当たり)	所定単位 (上記基本と加算の単位数合計) × 5.9%		
	介護職員等特定処遇改善 (Ⅰ) (一月当たり)	所定単位 (上記基本と加算の単位数合計) × 1.2%		

②介護予防・日常生活支援総合事業 の介護保険自己負担額

基本	事業対象者 要支援 1	(一月当たり)	森	5,035 円 (1655)	袋	5,035 円 (1655)	
	事業対象者 要支援 2	(一月当たり)	町	10,322 円 (3393)	井	10,322 円 (3393)	
加算	生活機能向上グループ活動 (一月当たり)		305 円 (100)		生活機能向上グループ活動を行った場合		
	運動器機能向上 (一月当たり)		685 円 (225)		運動器機能向上サービスを行った場合		
	口腔機能向上 (一月当たり)		457 円 (150)		口腔清掃の指導・実施または摂食、嚥下機能訓練の指導・実施をした場合		
	選択的サービス複数実施(Ⅰ) (一月当たり)		1,461 円 (480)		運動器機能向上及び口腔機能向上を組み合わせた場合		
	事業所評価 (一月当たり)		365 円 (120)		基準に適合した事業所の場合		
	サービス提供体制強化(Ⅰ) (一月当たり)	要支援 1	219 円 (72)		介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上の場合		
		要支援 2	438 円 (144)				
	介護職員処遇改善(Ⅰ) (一月当たり)			所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×5.9%			
介護職員等特定処遇改善(Ⅰ)(一月当たり)			所定単位(上記基本と加算の単位数合計)×1.2%				

③その他の費用 (介護保険外)

項目	金額(税込)	備考
日常生活費(身の回り品) (一回当たり)	40 円	おしぼり(本人が希望する場合)
おやつ代 (一回当たり)	173 円	おやつ及び飲み物
オムツ代/リハビリパンツ (1 枚)	150 円	
オムツ代/テープ付き (1 枚)	200 円	
オムツ代/尿取りパッド (1 枚)	60 円	
実施地域外の交通費 (1km 当たり)	88 円	通常の実施地域を越えて行う地域に送迎する 場合(通常の実施地域を超えた地点から算定)
教養娯楽に関する材料費	実費	クラブ活動に使用する材料 (本人が希望する場合)
コピー使用代 (1 枚当たり)	モノクロ 10 円 カラー 50 円	
キャンセル料 (要介護のみ)	550 円	送迎出発時間までに連絡が無かった場合
連絡帳セット(ファイル及びバック)	220 円	初回時のみ

注) 被保険者証に(保険料を滞納し)償還払いの記載があるときは、通所サービス費とその他の料金全額をお支払いいただきます。この場合には、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を市町村の窓口へ提出し保険給付対象額の払い戻しを受けてください。

注) 事業所が送迎しなかったときは、片道につき 47 単位を所定単位数から減算します。(要介護のみ)

注) 森町は地域区分が 7 級地であるため、単位数に 10.14 円を乗じた金額が料金となっています。

注) この料金は、3 割負担の方の 1 回あたりの目安を表示したものです。一カ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

注) 基本報酬及び加算報酬の自己負担額は、負担割合証に記載された割合となります。変更がある場合はその割合の支払いとなります。