

ブルーゾーン心愛 利用料金

サービスご利用料金（1回あたり）

（1）下記の料金表によって、利用者の要支援・要介護度に応じた金額（自己負担額）をお支払い頂きます。

（サービスの利用料金は、利用者の要支援・要介護度に応じて異なります。）

通所介護（要介護1～要介護5）基本料金

1単位=1円

| 介護度 | 保険の自己負担分 | 入浴加算 I | 介護職員処遇改善加算 I | 介護職員等特定 処遇改善加算 II | |
|---|----------|-----------|--|--|--|
| 要介護 1 | 750 単位 | 40 単位 | 1 ヶ月の利用合計 = 1000 分の 59 に相当する 単位数 | 1 ヶ月の利用合計 = 1000 分の 10 に 相当する単位数 | |
| 要介護 2 | 887 単位 | | | | |
| 要介護 3 | 1.028 単位 | | | | |
| 要介護 4 | 1.168 単位 | | | | |
| 要介護 5 | 1.308 単位 | | | | |
| 注）介護保険法改正や、加算項目の変更等により、料金変動することがあります。その都度お知らせいたします。 | | | | | |

※利用者様の負担割合証に応じて、2割負担=上記の自己負担分×2円

3割負担=上記の自己負担分×3円となります。

介護予防通所介護（要支援1～要支援2）基本料金

月単位の定額料金になります

基本料金（月額）

要支援1 ひと月定額 1.672 単位×（介護職員処遇改善加算 I + 介護職員等特定処遇改善加算 II）+ 下記の実費相当負担分

要支援2 ひと月定額 3.428 単位×（介護職員処遇改善加算 I + 介護職員等特定処遇改善加算 II）+ 下記の実費相当負担分

※利用者様の負担割合証に応じて、2割負担=上記の単位数×2円

3割負担=上記の単位数×3円となります。

実費相当負担分（介護保険の給付対象とならないサービス）

| サービス内容 | 実費負担金 |
|----------------|-------|
| 昼食材料代(お茶菓子代含む) | 700円 |