

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	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	
要介護 1	753 単位	40 単位	1ヶ月の利用合計=1000分の 90に相当する単位数	
要介護 2	890 単位			
要介護 3	1.032 単位			
要介護 4	1.172 単位			
要介護 5	1.312 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 1.798 単位×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 3.621 単位×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