

シティデイサービス博多 利用料金表

《 要介護1～5の方 》

- ご利用料金については、下表の★印がついている項目が、今回追加・変更となった内容です。
- サービス提供時間 10：30～15：40

| 内 容 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|----------------------|----------------------|------------|------------|------------|
| | | 5時間以上6時間未満 | 5時間以上6時間未満 | 5時間以上6時間未満 |
| 介護費 | ★要介護1 | 586円/回 | 1,173円/回 | 1,759円/回 |
| | ★要介護2 | 693円/回 | 1,386円/回 | 2,079円/回 |
| | ★要介護3 | 799円/回 | 1,599円/回 | 2,398円/回 |
| | ★要介護4 | 906円/回 | 1,812円/回 | 2,718円/回 |
| | ★要介護5 | 1,013円/回 | 2,025円/回 | 3,038円/回 |
| 算定要件を満たした際に加算 | 中重度者ケア体制加算 | 47円/回 | 94円/回 | 141円/回 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算（I）イ | 19円/回 | 38円/回 | 57円/回 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算（I）ロ | 13円/回 | 25円/回 | 38円/回 |
| | 入浴加算 | 53円/回 | 105円/回 | 157円/回 |
| | ADL維持等加算（I） | 4円/月 | 7円/月 | 10円/月 |
| | ADL維持等加算（II） | 7円/月 | 13円/月 | 19円/月 |
| | 栄養スクリーニング加算 | 6円/回 | 11円/回 | 16円/回 |
| | 個別機能訓練加算（I） | 48円/回 | 96円/回 | 144円/回 |
| | 個別機能訓練加算（II） | 59円/回 | 117円/回 | 176円/回 |
| | □腔機能向上加算（月2回まで） | 157円/回 | 314円/回 | 471円/回 |
| | 認知症加算 | 63円/回 | 126円/回 | 189円/回 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 63円/回 | 126円/回 | 189円/回 |
| | 介護職員処遇改善加算 I | | 合計金額×5.9% | |
| ★介護職員特定処遇改善加算 I | | 合計金額×1.2% | | |
| ★昼食代（調理・食材費） ※おやつ代込み | | 629円/回 | | |
| ★夕食代（調理・食材費） | | 496円/回 | | |

※1. の加算は、算定要件を満たした場合に（I）イ・ロ いずれか一方を加算いたします。

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

※上記料金（食事代を除く）は、要介護度別に設定された支給限度基準額の範囲内でご利用された場合の金額です。限度額を超えてのご利用分につきましては、全額自己負担となりますので、ご了承下さい。

※急遽お休みをされる際には、ご利用日当日の午前10時までにご連絡をお願い致します。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として629円（食事代）をご負担いただきます。

※ご利用当日に夕食までの延長をご希望される場合には、前日までにご連絡を下さい。

夕食をキャンセルされる場合には、当日午後3時までにご連絡を下さい。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として496円（食事代）をご負担いただきます。

シティデイサービス博多

《 要介護1～5の方 》

- ご利用料金については、下表の★印がついている項目が、今回追加・変更となった内容です。
- サービス提供時間 10：30～15：40

| 内 容 | | 利用者1割負担 | 利用者2割負担 |
|----------------------|------------------------|------------|-------------|
| | | 5時間以上6時間未満 | 5時間以上6時間未満 |
| 介護費 | 要介護1 | ★584円/回 | ★1,167円/回 |
| | 要介護2 | ★690円/回 | ★1,380円/回 |
| | 要介護3 | ★796円/回 | ★1,591円/回 |
| | 要介護4 | ★902円/回 | ★1,804円/回 |
| | 要介護5 | ★1,008円/回 | ★2,015円/回 |
| 算定要件を満たした際に加算 | 中重度者ケア体制加算 | 47円/回 | 94円/回 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算 (I) イ | 19円/回 | 38円/回 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算 (I) ロ | 13円/回 | 25円/回 |
| | 入浴加算 | 53円/回 | 105円/回 |
| | ★ADL維持等加算 (I) | ★4円/月 | ★7円/月 |
| | ★ADL維持等加算 (II) | ★7円/月 | ★13円/月 |
| | ★栄養スクリーニング加算 | ★6円/回 | ★11円/回 |
| | 個別機能訓練加算 (I) | 48円/回 | 96円/回 |
| | 個別機能訓練加算 (II) | 59円/回 | 117円/回 |
| | □腔機能向上加算 (月2回まで) | 157円/回 | 314円/回 |
| | 認知症加算 | 63円/回 | 126円/回 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 63円/回 | 126円/回 |
| | 介護職員処遇改善加算 I | | 合計金額 × 5.9% |
| 昼食代 (調理・食材費) ※おやつ代込み | | 617円/回 | |
| 夕食代 (調理・食材費) | | 487円/回 | |

※1. の加算は、算定要件を満たした場合に (I) イ・ロ いずれか一方を加算いたします。

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

※上記料金 (食事代を除く) は、要介護度別に設定された支給限度基準額の範囲内でご利用された場合の金額です。限度額を超えてのご利用分につきましては、全額自己負担となりますので、ご了承下さい。

※急遽お休みをされる際には、ご利用日当日の午前10時までにご連絡をお願い致します。時間までに頂けなかった場合、キャンセル料として617円 (食事代) をご負担いただきます。

※ご利用当日に夕食までの延長をご希望される場合には、当日午後4時までにご連絡を下さい。夕食をキャンセルされる場合には、当日午後4時までにご連絡を下さい。当日午後4時までにご連絡をいただけなかった場合には、上記夕食費用は、ご負担いただきます。

シティデイサービス博多 利用料金表

《 要支援1・2の方 》

- ご利用料金については、下表の★印がついている項目が、今回追加・変更となった内容です。
- サービス提供時間 10：30～15：40

| 内 容 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---|--|-----------------------|--------------------|---------------------|
| 介護費 | ★事業対象者 または 要支援1 の方 ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 1,730円/月 57円/回 | 3,459円/月 113円/回 | 5,189円/月 170円/回 |
| | ★要支援2 の方で 週1回程度 ご利用の方 ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 1,730円/月 57円/回 | 3,459円/月 113円/回 | 5,189円/月 170円/回 |
| | ★要支援2 の方で 週2回程度 ご利用の方 ★※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 3,546円/月 117円/回 | 7,092円/月 234円/回 | 10,637円/月 351円/回 |
| | | | | |
| 加算 | ※1. サービス提供体制強化加算（I）イ | 要支援1 76円/月 | 151円/月 | 226円/月 |
| | | 要支援2（週2回程度） 151円/月 | 301円/月 | 452円/月 |
| | | 要支援2（週1回程度） 76円/月 | 151円/月 | 226円/月 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算（I）ロ | 要支援1 51円/月 | 101円/月 | 151円/月 |
| | | 要支援2（週2回程度） 101円/月 | 201円/月 | 301円/月 |
| | | 要支援2（週1回程度） 51円/月 | 101円/月 | 151円/月 |
| | 事業所評価加算 | 126円/月 | 251円/月 | 376円/月 |
| | ① 運動器機能向上加算 | 236円/月 | 471円/月 | 706円/月 |
| | ② 口腔機能向上加算 | 157円/月 | 314円/月 | 471円/月 |
| | ③ 選択サービス複数実施加算（I） （加算①と②を組み合わせで提供した場合） | 502円/月 | 1,004円/月 | 1,505円/月 |
| | ※2. 生活機能向上グループ活動加算 | 105円/月 | 209円/月 | 314円/月 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 251円/月 | 502円/月 | 753円/月 | |
| 介護職員処遇改善加算 I | | 合計金額×5.9% | | |
| ★介護職員特定処遇改善加算 I | | 合計金額×1.2% | | |
| 昼食代（調理・食材費） ※おやつ代込み | | 629円/回 | | |
| 夕食代（調理・食材費） | | 496円/回 | | |
| ※ 介護予防・生活支援サービス事業において、介護予防型と生活支援型のサービスを併用した場合には、以下の該当する単価に利用日数を掛けた金額でのご請求となります。 | | | | |
| サービス費 | ★事業対象者 または 要支援1 の方（4日/月まで） | 398円/回 | 795円/回 | 1,192円/回 |
| | ★要支援2 の方で 週1回程度 ご利用の方（4日/月まで） | 409円/回 | 817円/回 | 1,226円/回 |
| | ★要支援2 の方で 週2回程度 ご利用の方（8日/月まで） | 398円/回 | 795円/回 | 1,192円/回 |
| ※1. の加算は、算定要件を満たした場合に（I）イ・ロ いずれか一方を加算いたします。 | | | | |
| ※2. の加算は、生活機能向上を目的としたグループ活動を行った場合で、同月中に運動器機能向上、口腔機能向上いずれも算定しない場合に加算いたします。 | | | | |

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

※上記料金（食事代を除く）は、要介護度別に設定された支給限度基準額の範囲内でご利用された場合の金額です。限度額を超えてのご利用分につきましては、全額自己負担となりますので、ご了承下さい。

※急遽お休みをされる際には、ご利用日当日の午前10時までにご連絡をお願い致します。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として629円（食事代）をご負担いただきます。

※ご利用当日に夕食までの延長をご希望される場合には、前日までにご連絡を下さい。

夕食をキャンセルされる場合には、当日午後3時までにご連絡を下さい。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として496円（食事代）をご負担いただきます。

シティデイサービス博多

◀ 要支援1・2の方 ▶

- ご利用料金については、下表の★印がついている項目が、今回追加・変更となった内容です。
- サービス提供時間 10：30～15：40

| 内 容 | | 利用者負担1割 | 利用者負担2割 |
|---|--------------------------------|-------------|-----------|
| 介護費 | 事業対象者 または 要支援1の方 | 1,722円/月 | 3,443円/月 |
| | ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 57円/月 | 113円/日 |
| | ★ 要支援2の方で 週1回程度 ご利用の方 | ★1,722円/月 | ★3,443円/月 |
| | ★ ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | ★57円/月 | ★113円/月 |
| 加算 | 要支援2の方で 週2回程度 ご利用の方 | 3,529円/月 | 7,058円/月 |
| | ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 116円/月 | 232円/月 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算 (I) イ | 要支援1 76円/月 | 151円/月 |
| | | 要支援2 151円/月 | 301円/月 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算 (I) □ | 要支援1 51円/月 | 101円/月 |
| | | 要支援2 101円/月 | 201円/月 |
| | 事業所評価加算 | 126円/月 | 251円/月 |
| | ① 運動器機能向上加算 | 236円/月 | 471円/月 |
| | ② 口腔機能向上加算 | 157円/月 | 314円/月 |
| | ③ 選択サービス複数実施加算 (I) | 502円/月 | 1,004円/月 |
| ※2. 生活機能向上グループ活動加算 | 105円/月 | 209円/月 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 251円/月 | 502円/月 | |
| 介護職員処遇改善加算 I | | 合計金額 × 5.9% | |
| ★昼食代 (調理・食材費) ※おやつ代込み | | 617円/回 | |
| ★夕食代 (調理・食材費) | | 487円/回 | |
| ※ 介護予防・生活支援サービス事業において、介護予防型と生活支援型のサービスを併用した場合には、以下の該当する単価に利用日数を掛けた金額でのご請求となります。 | | | |
| サービス費用 | 事業対象者 または 要支援1の方 (4日/月まで) | 395円/日 | 790円/日 |
| | 要支援2の方で 週1回程度 ご利用の方 (4日/月まで) | 407円/日 | 813円/日 |
| | 要支援2の方で 週2回程度 ご利用の方 (8日/月まで) | 395円/日 | 790円/日 |
| ※1. の加算は、算定要件を満たした場合に (I) イ・□ いずれか一方を加算いたします。 | | | |
| ※2. の加算は、生活機能向上を目的としたグループ活動を行った場合で、同月中に運動器機能向上、口腔機能向上いずれも算定しない場合に加算いたします。 | | | |

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

※上記料金 (食事代を除く) は、要介護度別に設定された支給限度基準額の範囲内でご利用された場合の金額です。限度額を超えてのご利用分につきましては、全額自己負担となりますので、ご了承下さい。

※急遽お休みをされる際には、ご利用日当日の午前10時までにご連絡をお願い致します。時間までに頂けなかった場合、キャンセル料として617円 (食事代) をご負担いただきます。

※ご利用当日に夕食までの延長をご希望される場合には、当日午後4時までにご連絡を下さい。夕食をキャンセルされる場合には、当日午後4時までにご連絡を下さい。当日午後4時までにご連絡をいただけなかった場合には、上記夕食費用は、ご負担いただきます。

シティデイサービス博多 利用料金表

《 要介護1～5の方 》

■ご利用料金については、下表の★印がついている項目が、今回追加・変更となった内容です。

■サービス提供時間 10：30～15：40

| 内 容 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|---------------------|----------------------|------------|------------|------------|
| | | 5時間以上6時間未満 | 5時間以上6時間未満 | 5時間以上6時間未満 |
| 介護費 | ★要介護1 | 586円/回 | 1,173円/回 | 1,759円/回 |
| | ★要介護2 | 693円/回 | 1,386円/回 | 2,079円/回 |
| | ★要介護3 | 799円/回 | 1,599円/回 | 2,398円/回 |
| | ★要介護4 | 906円/回 | 1,812円/回 | 2,718円/回 |
| | ★要介護5 | 1,013円/回 | 2,025円/回 | 3,038円/回 |
| 算定要件を満たした際に加算 | 中重度者ケア体制加算 | 47円/回 | 94円/回 | 141円/回 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算（I）イ | 19円/回 | 38円/回 | 57円/回 |
| | ※1. サービス提供体制強化加算（I）ロ | 13円/回 | 25円/回 | 38円/回 |
| | 入浴加算 | 53円/回 | 105円/回 | 157円/回 |
| | ADL維持等加算（I） | 4円/月 | 7円/月 | 10円/月 |
| | ADL維持等加算（II） | 7円/月 | 13円/月 | 19円/月 |
| | 栄養スクリーニング加算 | 6円/回 | 11円/回 | 16円/回 |
| | 個別機能訓練加算（I） | 48円/回 | 96円/回 | 144円/回 |
| | 個別機能訓練加算（II） | 59円/回 | 117円/回 | 176円/回 |
| | 口腔機能向上加算（月2回まで） | 157円/回 | 314円/回 | 471円/回 |
| | 認知症加算 | 63円/回 | 126円/回 | 189円/回 |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 63円/回 | 126円/回 | 189円/回 |
| 介護職員処遇改善加算 I | | 合計金額×5.9% | | |
| ★介護職員特定処遇改善加算 I | | 合計金額×1.2% | | |
| ★昼食代（調理・食材費） ※おやつ代込 | | 629円/回 | | |
| ★夕食代（調理・食材費） | | 496円/回 | | |

※1. の加算は、算定要件を満たした場合に（I）イ・ロ いずれか一方を加算いたします。

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

※上記料金（食事代を除く）は、要介護度別に設定された支給限度基準額の範囲内でご利用された場合の金額です。限度額を超えてのご利用分につきましては、全額自己負担となりますので、ご了承下さい。

※急遽お休みをされる際には、ご利用日当日の午前10時までにご連絡をお願い致します。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として629円（食事代）をご負担いただきます。

※ご利用当日に夕食までの延長をご希望される場合には、前日までにご連絡を下さい。

夕食をキャンセルされる場合には、当日午後3時までにご連絡を下さい。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として496円（食事代）をご負担いただきます。

令和元年10月1日より シティデイサービス博多 利用料金表

《 要支援1・2の方 》

- ご利用料金については、下表の★印がついている項目が、今回追加・変更となった内容です。
- サービス提供時間 10:30~15:40

| 内 容 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
|------------------------|------------------------------|--------------|----------|-----------|--------|
| 介護費 | ★事業対象者または 要支援1の方 | 3,459円/月 | 3,459円/月 | 5,189円/月 | |
| | ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 57円/回 | 113円/回 | 170円/回 | |
| | ★要支援2の方で 週1回程度 ご利用の方 | 3,459円/月 | 3,459円/月 | 5,189円/月 | |
| | ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 57円/回 | 113円/回 | 170円/回 | |
| 加算 | ★要支援2の方で 週2回程度 ご利用の方 | 7,092円/月 | 7,092円/月 | 10,637円/月 | |
| | ※月途中での契約などの場合は右記の日割り金額になります。 | 117円/回 | 234円/回 | 351円/回 | |
| | ※1. サービス提供体制強化加算 (I) イ | 要支援1 | 76円/月 | 151円/月 | 226円/月 |
| | | 要支援2 (週2回程度) | 151円/月 | 301円/月 | 452円/月 |
| 要支援2 (週1回程度) | | 76円/月 | 151円/月 | 226円/月 | |
| ※1. サービス提供体制強化加算 (I) ロ | 要支援1 | 51円/月 | 101円/月 | 151円/月 | |
| | 要支援2 (週2回程度) | 101円/月 | 201円/月 | 301円/月 | |
| | 要支援2 (週1回程度) | 51円/月 | 101円/月 | 151円/月 | |
| 事業所評価加算 | | 126円/月 | 251円/月 | 376円/月 | |
| ① 運動器機能向上加算 | | 236円/月 | 471円/月 | 706円/月 | |
| ② 口腔機能向上加算 | | 157円/月 | 314円/月 | 471円/月 | |
| ③ 選択サービス複数実施加算 (I) | | 502円/月 | 1,004円/月 | 1,505円/月 | |
| ※2. 生活機能向上グループ活動加算 | | 105円/月 | 209円/月 | 314円/月 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 251円/月 | 502円/月 | 753円/月 | |
| 介護職員処遇改善加算 I | | 合計金額×5.9% | | | |
| ★介護職員特定処遇改善加算 I | | 合計金額×1.2% | | | |

| | |
|----------------------|--------|
| 昼食代 (調理・食材費) ※おやつ代込み | 629円/回 |
| 夕食代 (調理・食材費) | 496円/回 |

※ 介護予防・生活支援サービス事業において、介護予防型と生活支援型のサービスを併用した場合には、以下の該当する単価に利用日数を掛けた金額でのご請求となります。

| ス | サ | 用 | 費 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-------------|------------------|-------------|------------------------------|--------|--------|----------|
| ス 用 費 | サ ル ビ ス | 用 日 数 | ★事業対象者または 要支援1の方 (4日/月まで) | 398円/回 | 795円/回 | 1,192円/回 |
| | | | 要支援2の方で 週1回程度 ご利用の方 (4日/月まで) | 409円/回 | 817円/回 | 1,226円/回 |
| | | | 要支援2の方で 週2回程度 ご利用の方 (8日/月まで) | 398円/回 | 795円/回 | 1,192円/回 |

※1. の加算は、算定要件を満たした場合に (I) イ・ロ いずれか一方を加算いたします。

※2. の加算は、生活機能向上を目的としたグループ活動を行った場合で、同月中に運動器機能向上、口腔機能向上いずれも算定しない場合に加算いたします。

※上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じる場合がございます。

※上記料金 (食事代を除く) は、要介護度別に設定された支給限度基準額の範囲内でご利用された場合の金額です。限度額を超えてのご利用分につきましては、全額自己負担となりますので、ご了承下さい。

※急遽お休みをされる際には、ご利用日当日の午前10時までにご連絡をお願い致します。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として629円 (食事代) をご負担いただきます。

※ご利用当日に夕食までの延長をご希望される場合には、前日までにご連絡を下さい。

夕食をキャンセルされる場合には、当日午後3時までにご連絡を下さい。

時間までにご連絡をいただけなかった場合は、キャンセル料として496円 (食事代) をご負担いただきます。