

## デイサービスセンターグリーンライフ湘南台 利用料金表(1割負担)

平成 28 年 4 月 1 日現在

サービス利用料金（1日あたり）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険利用者負担額）と食費の合計金額をお支払い下さい。

《ご利用時間 5時間以上7時間未満》

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額	食費	利用者負 担計
要介護1の方	572	6,028 円	5,425 円	603 円	890 円	1,493 円
要介護2の方	676	7,125 円	6,412 円	713 円		1,603 円
要介護3の方	780	8,221 円	7,398 円	823 円		1,713 円
要介護4の方	884	9,317 円	8,385 円	932 円		1,822 円
要介護5の方	988	10,413 円	9,371 円	1,042 円		1,932 円

《ご利用時間 7時間以上9時間未満》

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額	食費	利用者負 担計
要介護1の方	656	6,914 円	6,222 円	692 円	890 円	1,582 円
要介護2の方	775	8,168 円	7,351 円	817 円		1,707 円
要介護3の方	898	9,464 円	8,517 円	947 円		1,837 円
要介護4の方	1,021	10,761 円	9,684 円	1,077 円		1,967 円
要介護5の方	1,144	12,057 円	10,851 円	1,206 円		2,096 円
サービス提供 体制加算	18	189 円	170 円	19 円		19 円

☆入浴、個別機能訓練、口腔機能向上指導をご利用いただく場合につきましては、別途下記料金をお支払い下さい。

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額
入浴加算	50	527 円	474 円	53 円
個別機能訓練加算Ⅱ	56	590 円	531 円	59 円
口腔機能向上加算	150	1,581 円	1,422 円	159 円
若年性認知症加算	60	632 円	568 円	64 円

☆利用者負担額（1割）の算定方法

1ヶ月のサービスの合計単位数×10.54＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
 〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）  
 ※10.54円は藤沢市の地域加算

☆27 年度法改正に伴い介護職処遇改善加算 I を算定させていただきます。

※介護職員の処遇改善を目的とした加算です。月々のご利用単位数に 4.0% を乗じた単位数を加算し請求させていただきます。法改正に伴い、ご利用者の方にも利用者負担額と同様に 1 割を負担していただくようになりました。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## デイサービスセンターグリーンライフ湘南台予防 利用料金表(1割)

平成28年4月1日現在  
サービス利用料金（1日あたり）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険利用者負担額）と食費の合計金額をお支払い下さい。

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額	食費
要支援1の方	1,719	18,118円	16,306円	1,812円/月	890円/1回 あたり
要支援2の方	3,521	37,111円	33,399円	3,712円/月	

\*サービス提供体制加算含む

☆運動器機能訓練、または口腔機能向上指導をご利用いただく場合につきましては、別途下記料金をお支払い下さい。

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額
① 運動器機能訓練	225	2,371円	2,133円	238円/月
② 口腔機能向上指導	150	1,581円	1,422円	159円/月
③ 選択的複数サービス実施 加算	480	5,059円	4,553円	506円/月

※①と②をあわせてご利用の場合は③の単位数となります。(①+②の単位数とはなりません)

☆利用者負担額（1割）の算定方法

1ヶ月のサービス合計単位数×10.54=〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

※10.54円は藤沢市の地域加算

☆27年度法改正に伴い介護職員処遇改善加算Ⅰを算定させていただきます。

※介護職員の処遇改善を目的とした加算です。月々のご利用単位数に4.0%を乗じた単位数を加算し請求させていただきます。法改正に伴い、ご利用者の方にも利用者負担額と同様に1割分を負担していただくようになりました。

※2割負担の方につきましては、次のページをご覧ください。

## デイサービスセンターグリーンライフ湘南台 利用料金表(2割負担)

平成 27 年 8 月 1 日現在

サービス利用料金（1日あたり）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険利用者負担額）と食費の合計金額をお支払い下さい。

《ご利用時間 5時間以上7時間未満》

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額	食費	利用者負 担計
要介護1の方	572	6,028 円	4,822 円	1,206 円	890 円	2,096 円
要介護2の方	676	7,125 円	5,700 円	1,425 円		2,315 円
要介護3の方	780	8,221 円	6,576 円	1,645 円		2,535 円
要介護4の方	884	9,317 円	7,453 円	1,864 円		2,754 円
要介護5の方	988	10,413 円	8,330 円	2,083 円		2,973 円

《ご利用時間 7時間以上9時間未満》

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額	食費	利用者負 担計
要介護1の方	656	6,914 円	5,531 円	1,383 円	890 円	2,273 円
要介護2の方	775	8,168 円	6,534 円	1,634 円		2,524 円
要介護3の方	898	9,464 円	7,571 円	1,893 円		2,783 円
要介護4の方	1,021	10,761 円	8,608 円	2,153 円		3,043 円
要介護5の方	1,144	12,057 円	9,645 円	2,412 円		3,302 円
サービス提供 体制加算	18	189 円	151 円	38 円		38 円

☆入浴、個別機能訓練、口腔機能向上指導をご利用いただく場合につきましては、別途下記料金をお支払い下さい。

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額
入浴加算	50	527 円	421 円	106 円
個別機能訓練加算Ⅱ	56	590 円	472 円	118 円
口腔機能向上加算	150	1,581 円	1,264 円	317 円
若年性認知症加算	60	632 円	505 円	127 円

☆利用者負担額（2割）の算定方法

1ヶ月のサービスの合計単位数×10.54＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
 〇〇円－（〇〇円×0.8（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）  
 ※10.54円は藤沢市の地域加算

☆27 年度法改正に伴い介護職処遇改善加算 I を算定させていただきます。  
 ※介護職員の処遇改善を目的とした加算です。月々のご利用単位数に 4.0%を乗じた単位数を加算し請求させていただきます。法改正に伴い、ご利用者の方にも利用者負担額と同様に 2 割を負担していただくようになりました。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## デイサービスセンターグリーンライフ湘南台予防 利用料金表(2割)

平成 27 年 8 月 1 日現在  
 サービス利用料金（1日あたり）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険利用者負担額）と食費の合計金額をお支払い下さい。

	法定単位数	費用全額	介護保険給付費額	介護保険利用者負担額	食費
要支援 1 の方	1,719	18,118 円	14,494 円	3,624 円/月	890 円/1回あたり
要支援 2 の方	3,521	37,111 円	29,688 円	7,423 円/月	

\*サービス提供体制加算含む

☆運動器機能訓練、または口腔機能向上指導をご利用いただく場合につきましては、別途下記料金をお支払い下さい。

	法定単位数	費用全額	介護保険給付費額	介護保険利用者負担額
④ 運動器機能訓練	225	2,371 円	1,896 円	475 円
⑤ 口腔機能向上指導	150	1,581 円	1,264 円	317 円
⑥ 選択的複数サービス実施加算	480	5,059 円	4,047 円	2,377 円

※①と②をあわせてご利用の場合は③の単位数となります。（①+②の単位数とはなりません）

☆利用者負担額（2割）の算定方法

1ヶ月のサービス合計単位数×10.54=〇〇円（1円未満切り捨て）  
 〇〇円－（〇〇円×0.8（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）  
 ※10.54円は藤沢市の地域加算

☆27 年度法改正に伴い介護職員処遇改善加算 I を算定させていただきます。  
 ※介護職員の処遇改善を目的とした加算です。月々のご利用単位数に 4.0%を乗じた単位数を加算し請求させていただきます。法改正に伴い、ご利用者の方にも利用者負担額と同様に 1 割分を負担していただくようになりました。