

## ○ 事業所の概要

事業所名	シニアデイトレーニング千種七番館
サービスの種類	地域密着型通所介護／予防専門型通所サービス
事業所の指定番号	2390100242
所在地	名古屋市千種区谷口町4番5号
連絡先	TEL：052-726-6702 FAX：052-726-6706
営業日	月・火・木・金・土（※12月31日～1月3日を除く）
サービス提供時間	1単位目＝9:20～12:30 2単位目＝13:40～16:50

## ○ 利用料金

□介護サービス費（要介護1～5の方／1日につき）

サービス項目	サービス 利用料	利用者自己負担額			
		1割の方	2割の方	3割の方	
≪基本料金3時間10分≫ ・午前の部9:20～12:30 ・午後の部13:40～16:50 （提供時間＝3時間10分）	要介護1	¥4,432	¥444	¥887	¥1,330
	要介護2	¥5,083	¥509	¥1,017	¥1,525
	要介護3	¥5,745	¥575	¥1,149	¥1,724
	要介護4	¥6,386	¥639	¥1,278	¥1,916
	要介護5	¥7,059	¥706	¥1,412	¥2,118
入浴介助加算Ⅰ	¥427	¥43	¥86	¥129	
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	¥598	¥60	¥120	¥180	
同一建物送迎減算 ※	▲¥1,003	▲¥101	▲¥201	▲¥301	
送迎減算（同一建物以外・片道につき）☆	▲¥501	▲¥51	▲¥101	▲¥151	
サービス提供体制強化加算	Ⅰ	¥234	¥24	¥47	¥71
	Ⅱ	¥192	¥20	¥39	¥58
	Ⅲ	¥64	¥7	¥13	¥20
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1月の総利用単位数の1000分の59を加算				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1月の総利用単位数の1000分の12を加算				

※ 送迎減算は当事業所と同一の建物にお住まいの方のみ適用となります。

※ 上記の他に令和3年4月から令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乗せの特例の加算があります。

◇ 送迎介助を利用しない場合、適用となります。

◆ 提供時間が3時間を下回るケアプランでご利用される方は上記金額と異なります。詳細は担当のケアマネジャー若しくは当事業所までお問合せください。

□予防専門型通所サービス（事業対象者・要支援1～2の方／1月につき）

サービス項目	サービス 利用料	利用者自己負担額			
		1割の方	2割の方	3割の方	
≪基本料金≫ ・提供時間＝3時間10分	週1回	¥17,856	¥1,786	¥3,572	¥5,357
	週2回	¥36,611	¥3,662	¥7,323	¥10,984
運動器機能向上加算	¥2,403	¥241	¥481	¥721	
送迎減算 ※	週1回	▲¥4,015	▲¥402	▲¥803	▲¥1,205
	週2回	▲¥8,031	▲¥804	▲¥1,607	▲¥2,410
サービス提供体制強化加算	I週1	¥939	¥94	¥188	¥282
	I週2	¥1,879	¥188	¥376	¥564

	Ⅱ週 1	¥768	¥26	¥52	¥77
	Ⅱ週 2	¥1,537	¥52	¥103	¥154
	Ⅲ週 1	¥256	¥26	¥52	¥77
	Ⅲ週 2	¥512	¥52	¥103	¥154
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		1月の総利用単位数の1000分の59を加算			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）		1月の総利用単位数の1000分の12を加算			

※ 送迎減算は当事業所と同一の建物にお住まいの方のみ適用となります。

- ◆ 途中で要介護区分が変更になった場合や同一保険者内で転居によりサービス事業所を変更した場合は、サービス利用料が日割り計算となります。

#### ◀地域密着型・予防専門型共通▶

- ・ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
- ・ 居宅（予防支援）サービス計画が未作成の場合は全額自己負担となります。
- ・ 介護保険料の支払に滞納があり、介護保険被保険者証に特別な記載がある場合、記載の負担割合の額となります。
- ・ 上記各サービス項目の単価は1項目ごとに小数点以下の端数処理をしております。実際の請求金額はご利用の月間合計単位数に対して小数点以下の端数処理を行なうため、多少の誤差が生じる場合があります。

#### □自費となるもの（介護保険適用外）

飲食費用	飲み物代=¥50/1回 ※おやつ代=¥50/1回 イベント時特別おやつ代=実費相当額 ※おやつ提供は希望者に限る
レクリエーション材料費	実費相当額（必要時のみ）
自費利用料	自立認定者および計画外利用者 1回¥3,000
交通費	2. (1)のサービス提供地域を越えて送迎を行う場合は、その実費をご負担いただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額をご負担いただきます。 ・2km以内は無料、以降1km毎に¥20徴収する。

※施設のおむつ、リハビリパンツ、パット等を使用した場合は、同等の商品をお返してください。

#### (2) キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

ご利用日の前日の午後6時までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の前日の午後6時までにご連絡がなかった場合	自己負担相当額+飲食費