

付属別紙

1 日型デイサービス・介護予防通所介護サービスご利用料金表

デイサービス ビューティフルライフ

(自己負担額)

(1 単位 : 10.45 円×0.1 又は 0.2 又は 0.3)

区 分	利用料
事業対象者・要支援 1 (週 1 回)	1,672 単位/月
事業対象者・要支援 2 (週 2 回)	3,428 単位/月
事業対象者・要支援 1 (4 回以下)	384 単位/回
事業対象者・要支援 2 (5 回以上 8 回以下)	395 単位/回
<p>【加算項目】※運動器機能向上加算 225 単位/月</p> <p>処遇改善加算 5.9% (加算 I)</p> <p>特定処遇改善加算 1.0% (特定加算 II)</p> <p>ベースアップ加算 1.1%</p>	
<p>【減算項目】※同一建物内の住居から利用する者に通所介護を行なう場合</p> <p>(要支援 1) 376 単位/月(減算) (要支援 2) 752 単位/月(減算)</p>	