

デイサービスセンター松寿園 利用料金表

令和6年6月1日改定

はつらつシニア支援事業【第一号通所事業 従前相当型サービス】

①介護サービス費（自己負担額は原則1割。一定以上所得のある方は2～3割） ※表示は1割分

支援1 / 週1回利用	※1) 1月あたり	1,798円
支援2 / 週2回利用	※1) 1月あたり	3,621円
支援2 / 週1回利用	※1) 1月あたり	1,798円
支援1 定回数利用(1月の中で全部で4回迄)	1回につき	436円
支援2 定回数利用(1月の中で全部で8回迄)	1回につき	447円

●担当ケアマネージャーとご相談して頂き、予めケア計画を定めて料金設定をします

※1) 実績結果で変更はありません

②加算（自己負担額は原則1割。一定以上所得のある方は2～3割） ※表示は1割分

一体的サービス提供加算	1月あたり	480円
口腔栄養スクリーニング加算 I	6ヶ月あたり	20円
口腔機能向上加算 II	1月あたり	160円
栄養改善加算	1月あたり	200円
科学的介護推進体制加算(全員対象)	1月あたり	40円
送迎減算	片道につき	△ 47円
サービス提供体制強化加算 I 1 (支援1/週1回)	1月あたり	88円
サービス提供体制強化加算 I 2 (支援2/週2回)	1月あたり	176円
サービス提供体制強化加算 I 3 (支援2/週1回)	1月あたり	88円
処遇改善加算	1月あたり	①+②合計の9.2%

②自費

昼食	1食あたり	640円
マッサージ	1回(15分)あたり	500円
支援1:週1回利用の方が週2回利用する場合	2回目の料金	3,780円
支援2:週2回利用の方が週3回利用する場合	3回目の料金	3,890円

◎一定以上所得者とは合計所得金額160万円以上 年金収入で独居世帯280万円以上

夫婦世帯359万円以上の方が対象

