

■〔介護予防通所介護相当サービス〕

サービス提供時間：6時間以上7時間未満 1割負担の場合の参考料金

月額	介護サービス費/ 月	サービス提供体制加 算Ⅲ/月	介護サービス 費	ご利用回数	お食事代 1回あたり	ご負担額計/月
要支援1	1,798単位	24 単位	¥1,822	4回	¥815	¥5,082
要支援2	3,621単位	48 単位	¥3,669	8回	¥815	¥10,189

※ 上記基本サービス費の他に通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱロ(11.8%) が加算されます。

※ ご負担額/日は、1単位10.14円で計算しています。

※ ご利用回数が上記の表より少なくなった場合、介護サービス費については、要支援1の方は1回436単位、要支援2の方は1回447単位で計算します。

※ 料金計算の途中で発生する各項目毎の端数処理の関係で請求額と上記金額に若干の差異が生じる場合がございます。

<デイサービスの料金などについて>

- ☐ お食事には「おやつ代・お茶代」を含みます。
- ☐ オムツ・パッドをご利用の場合は、別途実費をご負担いただきます。
- ☐ 土・日曜日、年末年始（12/31～1/3）は休業いたします。
- ☐ その他ご利用者様のご要望により特別に費用がかかる場合は別途実費をご負担いただきます。
- ☐ 介護予防通所介護相当サービスのご利用回数については調整させていただく場合がございます。

■キャンセル料

前日 17:30までのご連絡	無 し
前日17:30以降～当日にかけてのご連絡	815円（お食事代）