

デイサービス函南・ぶなの森 サービス利用料金表

＜要介護1～5の方＞

(1) 通所介護費（大規模型Ⅰ）＊所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

令和 7 年 8 月 1 日現在

(1 割負担の場合)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	629 単位	744 単位	861 単位	980 単位	1,097 単位
① サービス利用料金	6,378 円	7,544 円	8,730 円	9,937 円	11,123 円
② うち、介護保険から給付される金額	5,740 円	6,789 円	7,857 円	8,943 円	10,010 円
③ 自己負担額 (①－②)	638 円	755 円	873 円	994 円	1,113 円
通 所 介 護 加 算 ・ 減 算 料 金					
入 浴 介 助 加 算	40 単位 405 円 (自己負担 41 円)				
個別機能訓練加算Ⅰ-2 (ロ)	76 単位 771 円 (自己負担 78 円)				
個別機能訓練加算Ⅰ-1 (イ)	※上記 (ロ) の算定要件を満たさない場合のみ算定 56 単位 568 円 (自己負担 57 円)				
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位 202 円 月 1 回 (自己負担 20 円/月)				
中重度ケア体制加算	45 単位 456 円 (自己負担 46 円)				
ADL 維持等加算 Ⅱ	60 単位 608 円 月 1 回 (自己負担 61 円/月)				
科学的介護推進体制加算	40 単位 405 円 月 1 回 (自己負担 41 円/月)				
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位 223 円 (自己負担 23 円)				
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(基本サービス費＋各種加算) × 92 / 1000 円/月				
送迎減算 (送迎を実施しない場合)	-47 減算単位 片道-476 円 (自己負担-48 円)				

＊函南町は地域区分 7 級地のため、総単価に 10.14 円を乗じた金額となります。

(2) その他の費用

昼食代	食事の提供を受けた場合、1 回につき 780 円の食費をいただきます。
おやつ代	おやつ提供を受けた場合、1 回につき 90 円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、現物で返却していただきます。
延長料金	17：15以降の利用については 30 分ごとに 1000 円をいただきます。
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの (クラブ活動費、レクリエーション費、利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など) について、費用の実費をいただきます。

お問い合わせ

デイサービス函南・ぶなの森

TEL 055-970-1627

＜事業対象者・要支援1または要支援2の方＞

(1) 第1号通所事業：通所型サービスA＊1日：4時間以上、半日：4時間未満

令和7年8月1日現在

サービス名称	事業対象者	要支援 1	要支援 2
＜ 1 日 ＞	393単位	393単位	395単位
4時間以上	(3,985円)	(3,985円)	(4,005円)
(9:15～16:20)	自己負担1割の場合	自己負担1割の場合	自己負担1割の場合
	399円	399円	401円
＜ 半 日 ＞	217単位	217円	218単位
4時間未満	(2,200円)	(2,200円)	(2,210円)
(9:15～11:30)	自己負担1割の場合	自己負担1割の場合	自己負担1割の場合
	220円	220円	221円
介護職員等処遇改善加算 I 事業対象者・要支援1（36単位） 要支援2（36単位）			

※半日（4時間未満）のご利用については送迎サービスを行っておりません。

※事業費においては地域加算 10.14 円として算定する。

(2) その他の費用

自費入浴料	500円/回 ※タオル・シャンプー・ボディーソープ・ドライヤー使用を含む
昼食代	食事の提供を受けた場合、1回につき780円の食費をいただきます。
おやつ代	おやつ提供を受けた場合、1回につき90円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつ提供を受けた場合、現物で返却していただきます。
延長料金	17:15以降の利用については30分ごとに1000円をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（クラブ活動費、レクリエーション費、利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

お問い合わせ

デイサービス函南・ぶなの森

TEL 055-970-1627