

ルビーセンター料金表（通所介護・国基準通所型サービス）

令和3年10月1日～

1. 介護保険分【通所介護】

※負担額の割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。「介護保険負担割合証」をご提示ください。

①基本料金（7時間以上8時間未満）

項目	単位	報酬告示額×地域加算 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考
要介護1	655	6,844円	685円	1,369円	2,054円	1回につき
要介護2	773	8,077円	808円	1,616円	2,424円	
要介護3	896	9,363円	937円	1,873円	2,809円	
要介護4	1,018	10,638円	1,064円	2,128円	3,192円	
要介護5	1,142	11,933円	1,194円	2,387円	3,580円	

②加算料金（☆は対象者のみ）

項目	単位	報酬告示額×地域加算 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	229円	23円	46円	69円	1回につき
科学的介護推進体制加算	40	418円	42円	84円	126円	1月につき
☆入浴介助加算（Ⅰ）	40	418円	42円	84円	126円	1日につき
☆個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	585円	59円	117円	176円	1日につき
☆個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	209円	21円	42円	63円	1月につき
☆若年性認知症利用者受入加算	60	627円	63円	126円	189円	1日につき
☆送迎減算	△47	△491円	△50円	△99円	△148円	片道につき
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（介護報酬総単位数×5.9%×10.45円）の利用者負担割合相当額					1月につき
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	（介護報酬総単位数×1.2%×10.45円）の利用者負担割合相当額					

※基本料金・加算料金の利用者負担額は端数処理により実際の金額に差異が生じる場合があります。

2. その他の費用【通所介護・国基準通所型サービス共通】

項目	料金	備考
昼食費	548円	1回につき
おやつ代	91円	1回につき
おむつ代	おむつ M 90円/L 100円 紙パンツ M100円/L 115円/L L 130円 尿取りパッド 25円 軽失禁用パッド 40円	利用者の希望もしくは不足分を提供した場合。1枚あたりの費用。 (なるべくご家庭のものを持参して頂くようお願い致します。)
レクリエーション費	実費	実費の必要なレクリエーションにつき、事前に内容と金額を説明し、参加の承諾を得た場合。
キャンセル料	1,000円	利用日前日の17:30までにご連絡頂いた時及びご利用者の体調不良時等は、無料です。

3. 介護保険分 【国基準通所型サービス】

※負担額の割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。「介護保険負担割合証」をご提示ください。

①基本料金 ※日割単価が適用される場合があります。

項目	単位	報酬告示額×地域加算 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考
要支援1 または 事業対象者(週1回程度)	384	4,012円	402円	803円	1,204円	月4回まで 1回につき
	1,672	17,472円	1,748円	3,495円	5,242円	月4回超 1月につき
要支援2 または 事業対象者(週2回程度)	395	4,127円	413円	826円	1,239円	月8回まで 1回につき
	3,428	35,822円	3,583円	7,165円	10,747円	月8回超 1月につき

②加算料金

項目	単位	報酬告示額×地域加算 (1単位=10.45円)	1割負担	2割負担	3割負担	備考	
運動器機能向上加算	225	2,351円	236円	471円	706円	1月につき	
若年性認知症利用者受入加算	240	2,508円	251円	502円	753円		
科学的介護推進体制加算	40	418円	42円	84円	126円		
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	要支援1	88	919円	92円	184円		276円
	要支援2	176	1,839円	184円	368円		552円
同一建物減算	要支援1	△376	△3,929円	△393円	△786円		△1,179円
	要支援2	△752	△7,858円	△786円	△1,572円		△2,358円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×5.9%×10.45円)の利用者負担割合相当額						
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×1.2%×10.45円)の利用者負担割合相当額						

※基本料金・加算料金の利用者負担額は端数処理により実際の金額に差異が生じる場合があります。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

本書面により利用負担金を説明し、同意のもと交付しました。

(事業所) 事業所名 ルビーセンター

説明者

本書面により利用負担金の説明を受け、同意のもと交付されました。

(利用者) 氏 名

(代理人又は立会人) 氏 名 続柄