

デイサービスセンター ホワイトキャッスル 利用料金一覧表

一般型・・・要介護1～5 (提供時間9:00～16:15)

介護度	単位数	自己負担(円)		回数
		1割	2割	
要介護1	656	665	1,330	1回あたり
要介護2	775	786	1,572	
要介護3	898	911	1,821	
要介護4	1,021	1,035	2,071	
要介護5	1,144	1,160	2,320	

一般型・・・要介護1～5 (提供時間10:00～15:15)

介護度	単位数	自己負担(円)		回数
		1割	2割	
要介護1	572	580	1,160	1回あたり
要介護2	676	685	1,371	
要介護3	780	791	1,582	
要介護4	884	896	1,793	
要介護5	988	1,002	2,004	

一般型・・・要介護1～5

介護度	サービス内容	単位数	自己負担(円)		回数
			1割	2割	
要 介 護 1 ～ 5	入浴介助加算	50	51	101	1回あたり
	個別機能訓練加算	46	47	93	
	サービス提供体制加算	18	18	37	
	同一建物減算	-94	-95	-191	
	送迎減算	-47	-48	-95	
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の4.3%分	単位相当額	単位相当額	
	中山間地域等提供加算	所定単位数の5%分	単位相当額	単位相当額	

予防型・・・要支援1と2

サービス内容略称		単位数	自己負担(円)		回数
			1割	2割	
要支援1	日額	378	383	767	月3回まで
	月額	1,647	1,670	3,340	月4回以上
要支援1・同一建物	日額	284	288	576	月3回まで
	月額	1,271	1,289	2,578	月4回以上
要支援2	日額	389	394	789	月7回まで
	月額	3,377	3,424	6,849	月8回以上
要支援2・同一建物	日額	295	299	598	月7回まで
	月額	2,625	2,662	5,324	月8回以上

予防型・・・要支援1と2

サービス内容略称		単位数	自己負担(円)		回数
			1割	2割	
運動器機能向上加算		225	228	456	一月あたり
サービス提供体制加算Ⅰ1	要支援1	72	73	146	
サービス提供体制加算Ⅰ2	要支援2	144	146	292	
処遇改善加算Ⅱ		所定単位数の4.3%分	単位相当額	単位相当額	

☆単位ごとの計算になりますので、1ヶ月の利用料金は若干変わります。

詳しくは、当施設へご相談下さい。(担当 星井、関野) TEL 011-330-0071