

＜料金表 事業対象者・要支援＞

ホノホノ南八幡		令和3年4月作成	
事業所番号		2274209820	
通所介護相当サービス			
提供曜日	月曜日から金曜日		
提供時間	午前の部	9:15～11:45	※左記の内 2時間以上

＜通所介護相当サービス費＞

サービスコード		介護区分	単位	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
種類	項目					
A6	1111	事業対象者・要支援1	1672単位/月	1,718円	3,435円	5,152円
A6	1121	要支援2	3428単位/月	3,521円	7,041円	10,562円

＜加算 月単位＞

サービスコード		加算名	単位	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
種類	項目					
A6	5002	運動機能向上加算	225単位/月	231円	462円	693円
A6	5007	選択的サービス複数実施加算 I 2 ※1	480単位/月	493円	986円	1,479円
A6	6200	口腔・栄養スクリーニング加算 I	20単位/6月	21円	41円	62円
A6	6201	口腔・栄養スクリーニング加算 II ※2	5単位/6月	6円	11円	16円
A6	6311	科学的介護推進体制加算	40単位/月	41円	82円	123円
A6	8310	令和3年9月30日までの上乘せ分		1か月の総単位数×0.1%		
A6	6100	介護職員処遇改善加算1		1か月の総単位数×5.9%		
A6	6119	介護職員等特定処遇改善加算 II		1か月の総単位数×1.0%		

※1 選択的サービス複数実施加算 I 2は、運動器機能向上加算と口腔機能向上加算の両方を算定する方に算定します(希望者のみ)

※2 口腔機能向上加算を算定する方は口腔・栄養スクリーニング加算 IIとなります。

＜実費負担分＞

おむつ代	パッド	70円/枚	リハビリパンツ	200円/枚
	おむつ	105円/枚		
お茶菓子代	100円/回	上限500/月		
制作活動にかかる材料費	利用分実費			