

◆ ◆ ◆ サービス利用料一覧 ◆ ◆ ◆

*介護予防訪問介護相当サービス*介護職員処遇改善加算Ⅰ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰを含む

サービス内容	1ヶ月の訪問回数	単位数	サービス費用 (全額負担、法定代理受領でない場合)	自己負担額
訪問型独自サービス Ⅳ・Ⅳ/2 (週1回程度)	1回	268	3,445円	345円
	2回	536	6,880円	688円
	3回	804	10,325円	1,033円
	4回	1072	13,770円	1,377円
	5回	1176	15,097円	1,510円
訪問型独自サービス Ⅴ・Ⅴ/2・Ⅴ/3 (週2回程度)	1回	272	3,488円	349円
	2回	544	6,987円	699円
	3回	816	10,475円	1,048円
	4回	1088	13,974円	1,398円
	5回	1360	17,462円	1,747円
	6回	1632	20,961円	2,097円
	7回	1904	24,449円	2,445円
	8回	2176	27,937円	2,794円
	9回	2281	29,285円	2,929円
	10回	2349	30,163円	3,017円
訪問型独自サービス Ⅵ・Ⅵ/2・Ⅵ/3 (週3回程度)	1回	287	3,680円	368円
	2回	574	7,372円	738円
	3回	861	11,053円	1,106円
	4回	1148	14,733円	1,474円
	5回	1435	18,425円	1,843円
	6回	1722	22,106円	2,211円
	7回	2009	25,797円	2,580円
	8回	2296	29,489円	2,949円
	9回	2583	33,170円	3,317円
	10回	2870	36,850円	3,685円
	11回	3157	40,542円	4,055円
	12回	3444	44,223円	4,423円
	13回	3558	45,678円	4,568円
	14回	3672	47,144円	4,715円
	15回	3727	47,861円	4,787円
訪問型独自短時間サービス	~22回	167	2,150円	215円

※上記の料金表は1割負担のご利用者についての目安の金額です。

（自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額とします。）
ご利用者のケアプランに基づいた金額は、サービス内容説明書に明記します。