

通常規模型通所介護費(単位:円)

デイサービスセンタースマイル料金表(2割負担の場合)

令和08年04月01日～

要介護度	提供時間	単位	入浴介助加算(Ⅰ)	サービス提供体制強化Ⅱ	負担割別保険請求額	処遇改善加算Ⅰ 9.2%	利用者負担	食費	1回の利用負担
要介護1	6H～7H 未満	1,168	80	36	1,284	118	1,402	600	2,002
要介護2		1,378	80	36	1,494	137	1,631	600	2,231
要介護3		1,592	80	36	1,708	157	1,865	600	2,465
要介護4		1,802	80	36	1,918	176	2,094	600	2,694
要介護5		2,016	80	36	2,132	196	2,328	600	2,928
被爆者手帳保持の方は食費600円(1回毎)の負担									

送迎減算/片道47単位減算

全対象者加算項目

・科学的介護推進体制加算 40単位/月(40単位が月に別途加算されます)
--------------------------------------

個別対象者加算項目

・栄養アセスメント加算 50単位/回	・口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回
・栄養改善加算 200単位/月2回まで	・口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回

第1号通所介護費(単位:円)

デイサービスセンタースマイル料金表(2割負担の場合)

要介護度	提供時間	単位		サービス提供体制強化Ⅱ	負担割別保険請求額	処遇改善加算Ⅰ 9.2%	利用者負担	食材費	1回目の利用負担
要支援1	6H～7H 未満	3,596		144	3,740	344	4,084	600	4,684
要支援2		7,242		288	7,530	693	8,223	600	8,823
被爆者手帳保持の方は食費600円(1回毎)の負担					2回目の利用から食費 600円のみ負担				

送迎減算/片道47単位減算