

# デイサービスのご案内

利用時間	通常	9:00 ~ 16:05
送迎時間	迎え	8:00 ~ 9:00
	送り	16:10 ~ 17:00
定休日	基本的に年末年始、日曜日 (祝日は営業致します)	
定員	15名	

## 【 持ち物 】 持ち物にはすべて名前を記入して下さい。

- 1 タオル 1枚
- 2 ビニール袋 1枚
- 3 着替え及び下着 (入浴後に着替えていただくもの)
- 4 オムツ (必要な方のみ、多めにご用意下さい。)
- 5 歯ブラシ プラスチックコップ
- 6 薬 (食後服用・入浴後塗布等必ずご持参下さい。)



## 【 初回利用時のみ持参していただきたいもの 】

- 1 介護保険証
- 2 診断書 (あればお願い致します)
- 3 健康保険証
- 4 後期高齢者保険証
- 5 介護保険負担割合証
- 6 診察券 (全てコピーを控えさせていただきます)
- 7 処方箋

## 【 送迎について 】

自宅まで送迎いたします。各自宅でお待ち下さい。なお多少時間が異なりますが  
あらかじめご了承下さい。体調不良等により当日利用が困難となった場合は、  
朝8時15分までにご連絡をお願いいたします。

尚、交通事情等により予定時刻より15分前後変動する場合があります。

連絡先 電話 0572-59-8660 (ひなたぼっこ さと)

繋がらなかった場合以下の電話番号にご連絡ください。  
0572-58-3500 (ひなたぼっこ あい)

## ご利用料金表

### サービス提供料金（要介護1～5の方）

区分	サービス提供時間	提供料金 (1割負担)	提供料金 (2割負担)													
要介護1	7～8時間	750円	1,500円	<b>加算分・減算分</b> 介護保険法で定められている通所介護サービスに係る加算は以下の通りです。 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>加算の種類</th> <th>基準額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入浴介助加算</td> <td>40円(1日)</td> </tr> <tr> <td>口腔機能向上加算 (月2回まで)</td> <td>150円(1日)</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制加算</td> <td>6円(1日)</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>減算の種類</th> <th>基準額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>送迎減算</td> <td>-47円 (片道につき)</td> </tr> </tbody> </table> <p>利用者がそれぞれに該当するサービスをご利用された場合に適用(加算・減算)されます。</p> <p>基本料金は、実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた通所介護サービスの提供に要する目安の時間を基準とします。</p> <p>尚、(有)ひなたぼっこさと事業所全体では、            介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 通所介護利用(総単位数)×5.9%            介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 通所介護利用(総単位数)×1.0%            を取っております。</p>	加算の種類	基準額	入浴介助加算	40円(1日)	口腔機能向上加算 (月2回まで)	150円(1日)	サービス提供体制加算	6円(1日)	減算の種類	基準額	送迎減算	-47円 (片道につき)
加算の種類	基準額															
入浴介助加算	40円(1日)															
口腔機能向上加算 (月2回まで)	150円(1日)															
サービス提供体制加算	6円(1日)															
減算の種類	基準額															
送迎減算	-47円 (片道につき)															
要介護2	7～8時間	887円	1,774円													
要介護3	7～8時間	1,028円	2,056円													
要介護4	7～8時間	1,168円	2,336円													
要介護5	7～8時間	1,308円	2,616円													

### サービス提供料金（要支援の方）

区分	提供料金(1割負担)	提供料金(2割負担)	
要支援 1	1,672円	3,344円	1ヶ月につき
要支援 2	3,428円	6,856円	1ヶ月につき

### 実費料金（介護保険外で実費をご負担いただくもの）

種類	基準額	備考
食材費(昼食)	700円	1食あたり
おやつ代・雑費	50円	1日あたり
紙パンツ代	160円	替えをお持ち頂いた場合は除きます
尿取りパット代(小)	60円	替えをお持ち頂いた場合は除きます
尿取りパット代(大)	110円	替えをお持ち頂いた場合は除きます
行事活動等の関係費	実費	内容により異なります
時間外料金(1時間)	1,000円	16時を超えた場合の1時間あたりの利用料金