

介護予防型訪問サービス料金表

(単位:円)

		自己負担(1割)	備 考	
支給区分	訪問型サービスⅠ (週1回程度)	月に3回まで 268/回	要支援1・2	
		月に3回超(4回以上) 1,176/月		
	訪問型サービスⅡ (週2回程度)	月に7回まで 272/回		
		月に7回超(8回以上) 2,349/月		
	訪問型サービスⅢ (週2回を超える程度)	月に11回まで 287/回		要支援2
		月に11回超(12回以上) 3,727/月		
加算・減算	訪問型サービス初回加算	200加算	1月につき	
	訪問型サービス生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100加算	1月につき	
	訪問型サービス生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200加算	1月につき	
	訪問型サービス特別地域加算	15%加算	1回につき	
	同一建物減算1	10%減算	1回につき	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の13.7%加算	1月につき	
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	総単位数の6.3%加算	1月につき	
※ 一定以上の所得のある方は、サービス費の負担割合が2割または3割になります				
介護保険外	キャンセル料	利用日前日までに申し出があった場合	無料	
		利用日前日までに申し出がなかった場合	816	