

デイサービスセンター サンヴェール大垣（大規模型通所介護Ⅱ）料金表

1割負担

利用定員：「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名

4時間以上5時間未満デイサービス：15名

7時間以上8時間未満デイサービス：40名

通所介護（1割負担）

【1単位=10.14円】

要介護度 (単位)	介護報酬							利用者負担金				限度額外	
	介護基本	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	入浴介助加算	個別機能訓練Ⅰ	個別機能訓練Ⅱ	若年性認知症利用者加算	介護報酬 1日計	介護報酬 1日計 1単位 ×10.14円 口額(円)	介護報酬負担金 口額(円)	食費負担金 600円/昼食 日額(円)	利用者負担金 日計	介護職員処遇改善 加算Ⅰ 月額 5.9%	介護職員等特定処遇改善 加算Ⅰ 月額 1.2%
4時間以上5時間未満デイサービス(10:10～14:20)													
要介護1	356	18	—	46	56	○	476	4,826	483	600	1,083	○	○
要介護2	408	18	—	46	56	○	528	5,353	536	600	1,136	○	○
要介護3	461	18	—	46	56	○	581	5,891	590	600	1,190	○	○
要介護4	513	18	—	46	56	○	633	6,418	642	600	1,242	○	○
要介護5	566	18	—	46	56	○	686	6,956	696	600	1,296	○	○
7時間以上8時間未満デイサービス(9:30～16:35)													
要介護1	598	18	50	46	56	○	768	7,787	779	600	1,379	○	○
要介護2	706	18	50	46	56	○	876	8,882	889	600	1,489	○	○
要介護3	818	18	50	46	56	○	988	10,018	1,002	600	1,602	○	○
要介護4	931	18	50	46	56	○	1,101	11,164	1,117	600	1,717	○	○
要介護5	1,043	18	50	46	56	○	1,213	12,299	1,230	600	1,830	○	○

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)は限度額外の扱いとなります。

※ 施設で送迎を行わない場合は、片道47単位が減算となります。

サービス提供日 月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20・9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者：高木孝之

生活相談員：水谷哲也・奥千秋・柳瀬優子

デイサービスセンター サンヴェール大垣（大規模型通所介護Ⅱ）料金表

2割負担

利用定員：「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名

4時間以上5時間未満デイサービス：15名

7時間以上8時間未満デイサービス：40名

通所介護（2割負担）

【1単位=10.14円】

要介護度 (単位)	介護報酬							利用者負担金				限度額外	
	介護基本	強化サービス提供体制 加算(Ⅰ)	入浴介助加算 (50)	個別機能訓練 加算Ⅰ (46)	個別機能訓練 加算Ⅱ (56)	若年性認知症利用者 加算 (60)	介護報酬 1日計	介護報酬 1日計 1単位 ×10.14円 日額(円)	介護報酬負担金 日額(円)	食費負担金 600円/昼食 日額(円)	利用者負担金 日計	介護職員処遇改善 加算Ⅰ 月額5.9%	介護職員等特定処遇改善 加算Ⅰ 月額1.2%
4時間以上5時間未満デイサービス(10:10～14:20)													
要介護1	356	18	—	46	56	○	476	4,826	966	600	1,566	○	○
要介護2	408	18	—	46	56	○	528	5,353	1,071	600	1,671	○	○
要介護3	461	18	—	46	56	○	581	5,891	1,179	600	1,779	○	○
要介護4	513	18	—	46	56	○	633	6,418	1,284	600	1,884	○	○
要介護5	566	18	—	46	56	○	686	6,956	1,392	600	1,992	○	○
7時間以上8時間未満デイサービス(9:30～16:35)													
要介護1	598	18	50	46	56	○	768	7,787	1,558	600	2,158	○	○
要介護2	706	18	50	46	56	○	876	8,882	1,777	600	2,377	○	○
要介護3	818	18	50	46	56	○	988	10,018	2,004	600	2,604	○	○
要介護4	931	18	50	46	56	○	1,101	11,164	2,233	600	2,833	○	○
要介護5	1,043	18	50	46	56	○	1,213	12,299	2,460	600	3,060	○	○

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イは限度額外の扱いとなります。

※ 施設で送迎を行わない場合は、片道47単位が減算となります。

サービス提供日 月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20・9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2
 デイサービスセンター サンヴェール大垣
 Tel 0584-77-7680 Fax 0584-77-7058
 管理者：高木孝之
 生活相談員：水谷哲也・奥千秋・柳瀬優子

デイサービスセンター サンヴェール大垣（大規模型通所介護Ⅱ）料金表

3割負担

利用定員：「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名

4時間以上5時間未満デイサービス：15名

7時間以上8時間未満デイサービス：40名

通所介護（3割負担）

【1単位=10.14円】

要介護度 (単位)	介 護 報 酬						利用 者 負 担 金				限度額外		
	介 護 基 本	強 化 加 算 (I) イ	入 浴 介 助 加 算	加 算 I 機 能 訓 練	加 算 II 機 能 訓 練	受 入 年 性 認 知 症 利 用 者	介 護 報 酬 1 日 計	介 護 報 酬 1 日 計 1 単 位 × 10.14.円 日 額 (円)	介 護 報 酬 負 担 金 日 額 (円)	食 費 負 担 金 600円/昼食 日 額 (円)	利 用 者 負 担 金 日 計	加 算 I 介 護 職 員 処 遇 改 善 月 額 の 5.9%	善 加 算 I 介 護 職 員 等 特 定 処 遇 改 月 額 の 1.2%
4 時 間 以 上 5 時 間 未 満 デ イ サービス (10:10 ～ 14:20)													
要介護1	356	18	—	46	56	○	476	4,826	1,448	600	2,048	○	○
要介護2	408	18	—	46	56	○	528	5,353	1,606	600	2,206	○	○
要介護3	461	18	—	46	56	○	581	5,891	1,768	600	2,368	○	○
要介護4	513	18	—	46	56	○	633	6,418	1,926	600	2,526	○	○
要介護5	566	18	—	46	56	○	686	6,956	2,087	600	2,687	○	○
7 時 間 以 上 8 時 間 未 満 デ イ サービス (9:30 ～ 16:35)													
要介護1	598	18	50	46	56	○	768	7,787	2,337	600	2,937	○	○
要介護2	706	18	50	46	56	○	876	8,882	2,665	600	3,265	○	○
要介護3	818	18	50	46	56	○	988	10,018	3,006	600	3,606	○	○
要介護4	931	18	50	46	56	○	1,101	11,164	3,350	600	3,950	○	○
要介護5	1,043	18	50	46	56	○	1,213	12,299	3,690	600	4,290	○	○

※ 【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ サービス提供体制強化加算（I）イは限度額外の扱いとなります。

※ 施設で送迎を行わない場合は、片道47単位が減算となります。

サービス提供日 月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）

サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者：高木孝之

生活相談員：水谷哲也・奥千秋・柳瀬優子

デイサービスセンター サンヴェール大垣

大垣市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業所 通所介護相当サービス A6

利用定員：「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名
 4時間以上5時間未満デイサービス：15名
 7時間以上8時間未満デイサービス：40名

第1号通所事業 通所介護相当サービス

【1単位=10.14円】

認定区分	事業対象者				実費	※ 実施回数が上限4回の第1号通所事業、通所介護サービス相当が必要とされた方
	要支援 1					
介護報酬					利用者負担金	利用者負担金月合計(円)
通所型独自サービス1 (単位)	○ 運動器機能向上サービス (単位)	○ 通所介護機能向上サービス (単位)	○ 提供体制加算 (単位)	○ 若年加算 (単位)	食費負担金 (円)	① 回数(380単位×回数)+運動器機能向上加算(225単位)+提供体制加算(72単位) = 介護報酬(単位：1回のご利用の場合677単位) ② 介護報酬1単位=10.14円(大垣市) → 677単位×10.14円=6,864円(介護報酬1日計) 6,864円 → (1回ご利用のされた場合の負担割合)1割:687円・2割:1373円・3割:2060円 ③ (介護報酬1日計の負担割合)+(食費×回数)=1ヶ月分の利用者負担金月合計(円) ※ ③で計算した、「1ヶ月分の利用者負担金月合計(円)」が実際にお支払いいただく額です。 ≪1割負担≫ 687円(1割負担で1ヶ月間に1回ご利用の場合)+600円(食費1回分)=1287円 ≪2割負担≫ 1373円(2割負担で1ヶ月間に1回ご利用の場合)+600円(食費1回分)=1973円 ≪3割負担≫ 2060円(3割負担で1ヶ月間に1回ご利用の場合)+600円(食費1回分)=2660円
380/1回	225/月	72/月	○	240単位/月	600/日	

第1号通所事業 通所介護相当サービス

認定区分	事業対象者				実費	※ 実施回数が上限8回の第1号通所事業、通所介護サービス相当が必要とされた方
	要支援 2					
介護報酬					利用者負担金	利用者負担金月合計(円)
通所型独自サービス2 (単位)	○ 運動器機能向上サービス (単位)	○ 通所介護機能向上サービス (単位)	○ 提供体制加算 (単位)	○ 若年加算 (単位)	食費負担金 (円)	① 回数(391単位×回数)+運動器機能向上加算(225単位)+提供体制加算(144単位) = 介護報酬(単位：1回のご利用の場合760単位) ② 介護報酬1単位=10.14円(大垣市) → 760単位×10.14円=7,706円(介護報酬1日計) 7,706円 → (1回ご利用のされた場合の負担割合)1割:771円・2割:1542円・3割:2312円 ③ (介護報酬1日計の負担割合)+(食費×回数)=1ヶ月分の利用者負担金月合計(円) ※ ③で計算した、「1ヶ月分の利用者負担金月合計(円)」が実際にお支払いいただく額です。 ≪1割負担≫ 771円(1割負担で1ヶ月間に1回ご利用の場合)+600円(食費1回分)=1371円 ≪2割負担≫ 1542円(2割負担で1ヶ月間に1回ご利用の場合)+600円(食費1回分)=2142円 ≪3割負担≫ 2312円(3割負担で1ヶ月間に1回ご利用の場合)+600円(食費1回分)=2912円
391/1回	225/月	144/月	○	240単位/月	600/日	

※ 【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各自自治体が設定する料金に準じます。

※ 事業対象者のご利用者様は、要支援1に準じたご利用料金となります。

サービス提供日 月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20・9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 デイサービスセンター サンヴェール大垣

住所 大垣市東町4丁目43番地2

電話 0584-77-7680

管理者：高木孝之

生活相談員：水谷哲也・奥千秋・柳瀬優子

デイサービスセンターサンヴェール大垣
安八郡広域連合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA(A7)

利用定員：「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名
 4時間以上5時間未満デイサービス：15名
 7時間以上8時間未満デイサービス：40名

令和元年10月～

※1週に2回・1月に8回までの利用：1割負担

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プ ロビ グ ス ラA	○片通 道所 の型 送サ ー ビ ス A	○入通 浴所 型 サ ー ビ ス A	1 A 日 通 計 所 型 サ ー ビ ス	1 介 日 護 計 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	日 計 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に16回	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に8回	日額(円)	日額(円)	日額(円)	
要支援2	362	15	60	437	4,431	444	600	1,044

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

※1週に2回・1月に9回実施の利用：1割負担

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	ム介通 護所 予型 防サ プ ロビ グ ス ラA	○片通 道所 の型 送サ ー ビ ス A	○入通 浴所 型 サ ー ビ ス A	1 A 月 通 計 所 型 サ ー ビ ス	1 介 月 護 計 報 酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	◎ 月 計 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に18回	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に9回	月額(円)	月額(円)	日額(円)	
要支援2	1月につき、3,393			3,393	34,405	3,441	600×回 数	◎

※【◎】利用者負担金月計は、介護報酬負担金に食費(600円×食費回数)が加算された額となります。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

サービス提供日 月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）

サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者：高木孝之

生活相談員：水谷哲也・奥千秋・柳瀬優子

デイサービスセンターサンヴェール大垣
安八郡広域連合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA(A7)

利用定員 : 「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」含め定員55名
4時間以上5時間未満デイサービス : 15名
7時間以上8時間未満デイサービス : 40名

令和元年10月～

※1週に2回・1月に8回までの利用 : **2割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	△通所型サービスA	○片道送迎サービスA	○入浴型サービスA	1通所型サービスA	1日計報酬	介護報酬負担金	食費負担金	日計利用者負担金
(単位)	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に16回	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に8回	日額(円)	日額(円)	日額(円)	
要支援2	360	15	60	435	4,431	887	600	1,487

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

※1週に2回・1月に9回実施の利用 : **2割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	△通所型サービスA	○片道送迎サービスA	○入浴型サービスA	1通所型サービスA	1月計報酬	介護報酬負担金	食費負担金	◎月計利用者負担金
(単位)	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に18回	1週に2回 1月に9回	1週に2回 1月に9回	月額(円)	月額(円)	日額(円)	
要支援2	1月につき、3,393			3,393	34,242	6,881	600×回数	◎

※【◎】利用者負担金月計は、介護報酬負担金に食費(600円×食費回数)が加算された額となります。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

サービス提供日 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者 : 高木孝之

生活相談員 : 水谷哲也 ・ 奥千秋 ・ 柳瀬優子

デイサービスセンターサンヴェール大垣
安八郡広域連合介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA(A7)

利用定員 : 「通所介護」「介護予防・日常生活支援総合事業」**含め定員55名**
4時間以上5時間未満デイサービス : 15名
7時間以上8時間未満デイサービス : 40名

令和元年10月～

※1週に2回・1月に8回までの利用 : **3割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	△通所型 介護予防サ プロビス ラA	○通所型 片道の送 迎サ ビス A	○通所型 入浴サ ビス A	1通所型 日計サ ビス A	1介 日計 報酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	日 計 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に16回	1週に2回 1月に8回	1週に2回 1月に8回	日額(円)	日額(円)	日額(円)	
要支援2	360	15	60	435	4,431	1,330	600	1,930

※【○】は、サービスを受けられた場合に加算されます。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

※1週に2回・1月に9回実施の利用 : **3割負担**

【1単位=10.14円】

認定区分	介護報酬				利用者負担金			
	△通所型 介護予防サ プロビス ラA	○通所型 片道の送 迎サ ビス A	○通所型 入浴サ ビス A	1通所型 月計サ ビス A	1介 月計 報酬	介 護 報 酬 負 担 金	食 費 負 担 金	◎ 月 計 利 用 者 負 担 金
(単位)	1週に1回 1月に5回	1週に1回 1月に10回	1週に1回 1月に5回	1週に1回 1月に5回	月額(円)	月額(円)	日額(円)	
要支援2	1月につき、3,393			3,393	34,405	10,322	600×回 数	◎

※【◎】利用者負担金月計は、介護報酬負担金に食費(600円×食費回数)が加算された額となります。

※ 通所型サービス対象のご利用者様は各保険者が設定する料金に準じます。

サービス提供日 月曜日～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)

サービス提供時間 10:10～14:20 ・ 9:30～16:35

社会福祉法人 墨友会 大垣市東町4丁目43番地2

デイサービスセンター サンヴェール大垣

Tel 0584-77-7680

Fax 0584-77-7058

管理者 : 高木孝之

生活相談員 : 水谷哲也 ・ 奥千秋 ・ 柳瀬優子