

ホームヘルプサービス成寿園豊 基本料金

(令和4年4月1日現在)

《要介護1～5の場合》

①基本料金（1割負担の場合）

単位（円）

サービス種類	サービス時間	自己負担合計
生活援助	20分以上45分未満	183
	45分以上	225
身体介護	20分未満	167
	20分以上30分未満	250
	30分以上1時間未満	396
	1時間以上	579
	1時間以上に対しての利用に対して30分を増す毎に+84	

②初回加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・2000円

③夜間も若しくは早朝の場合又は深夜の場合

夜間 午後6：00～午後10：00・・・・上記基本料金の25%増

早朝 午前6：00～午前8：00・・・・上記基本料金の25%増

深夜 午後10：00～午前6：00・・・・上記基本料金の50%増

④2人の訪問介護員等による場合・・・・・・・・負担額が2倍になります。

⑤特定事業所加算Ⅱ・・・・・・・・・・所定単位数の10%加算

⑥介護職員処遇改善加算Ⅱ・・・・・・・・・・所定単位数の10%加算

⑦介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ・・・・・・・・・・所定単位数の6.3%加算

⑧介護職員等ベースアップ等支援加算・・・・・・・・所定単位数の2.4%加算

※所定単位とは、①～⑤までにより算定した単位の合計とする。

《要支援1・2、事業対象者の場合》

①基本料金（1割負担の場合）

単位（円）

対象	1週間の利用回数	自己負担合計（月額）
要支援、事業対象者 1, 2	1回程度	1,176
要支援、事業対象者 1, 2	2回程度	2,349
要支援、事業対象者 2	3回程度	3,727

②初回加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・2000円

③介護職員処遇改善加算Ⅱ・・・・・・・・・・所定単位数の10%加算

④介護職員特定処遇改善加算Ⅰ・・・・・・・・・・所定単位数の6.3%加算

⑤介護職員等ベースアップ等支援加算・・・・・・・・所定単位数の2.4%加算

※所定単位とは、①～②までにより算定した単位の合計とする。

*ご不明な点は、お気軽にお問い合わせください

お問い合わせ先：社会福祉法人 成寿会
ホームヘルプサービス成寿園豊

TEL：（0823）67-2001