

## 朝光苑デイサービスセンター

## 介護予防通所介護 利用料金表

月 額

(単位：円)

要介護度	週利用回数	負担割合	サービス費	食費	月額利用料
要支援1	1回	1割負担	2,140	2,660	4,800
		2割負担	4,280	2,660	6,940
		3割負担	6,419	2,660	9,079
要支援2	1回	1割負担	2,155	2,660	4,815
		2割負担	4,309	2,660	6,969
		3割負担	6,463	2,660	9,123
	2回	1割負担	4,262	5,320	9,582
		2割負担	8,523	5,320	13,843
		3割負担	12,784	5,320	18,104

(注) 1月4週(月4回、または月8回)のご利用としての月額料金です。

実際の請求額は小数点の端数処理の都合上、異なります。

食事代は1日665円です。