料金表①

みどりケアステーション

令和８年６月改定

1. 通所介護サービス利用料金（1 日あたり）※要介護 1～5 の認定を受けられている方

要介護等の区分	利用時間	サービス料金	利用者負担額（1 割）
要介護 1	2～3 時間	2,793 円	280 円
	3～4 時間	3,799 円	380 円
	4～5 時間	3,984 円	399 円
	5～6 時間	5,853 円	586 円
	6～7 時間	5,997 円	600 円
	7～8 時間	6,757 円	676 円
	8～9 時間	6,870 円	687 円
要介護 2	2～3 時間	3,193 円	320 円
	3～4 時間	4,344 円	435 円
	4～5 時間	4,559 円	456 円
	5～6 時間	6,911 円	692 円
	6～7 時間	7,076 円	708 円
	7～8 時間	7,979 円	798 円
	8～9 時間	8,123 円	813 円
要介護 3	2～3 時間	3,604 円	361 円
	3～4 時間	4,919 円	492 円
	4～5 時間	5,155 円	516 円
	5～6 時間	7,979 円	798 円
	6～7 時間	8,174 円	818 円
	7～8 時間	9,243 円	925 円
	8～9 時間	9,397 円	940 円
要介護 4	2～3 時間	4,025 円	403 円
	3～4 時間	5,473 円	548 円
	4～5 時間	5,751 円	576 円
	5～6 時間	9,037 円	904 円
	6～7 時間	9,253 円	926 円
	7～8 時間	10,506 円	1,051 円
	8～9 時間	10,691 円	1,070 円
要介護 5	2～3 時間	4,436 円	444 円
	3～4 時間	6,038 円	604 円
	4～5 時間	6,336 円	634 円
	5～6 時間	10,105 円	1,011 円
	6～7 時間	10,352 円	1,036 円
	7～8 時間	11,789 円	1,179 円
	8～9 時間	11,995 円	1,200 円

※ 料金表は自己負担が 1 割の場合。所得に応じて 2 割または 3 割になる場合がございますのでお手元の「介護保険負担割合証」をご確認ください。介護保険での単位数での計算上、端数等の関係により若干の誤差が生じる場合があります。

■　上記の利用料金以外に下記の金額が自己負担額として加算されます。

入浴介助加算Ⅰ	41 円　（1 日につき）
中重度者ケア体制加算	47 円　（1 日につき）
個別機能訓練加算Ⅰ	58 円　（リハビリを希望の方のみ 1 日につき）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	23 円　（1 日につき）
事業者が送迎を行わない場合	-49 円　（片道につき）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1 か月のサービス利用料合計の **12%** （介護保険外サービスを除く）

2.　その他の料金（介護保険対象外）

昼食代（食材料費及び調理費）		500 円
オムツ代 （施設の物を使用された場合）	テープ止め	130 円
	リハビリパンツ	180 円
	フラット	80 円
	尿とりパッド	50 円
散髪 （月 2 回　訪問美容師が実施しております）		1,000 円

- 尚、以上の他ご利用者の希望により、身の回り品又は教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用は自己負担となります。

料金表②

みどりケアステーション

令和８年６月改定

1. 介護予防・日常生活支援総合事業
予防給付型通所サービス利用料金（1 ヶ月あたり）※要支援 1・2 の認定を受けられている方

要支援の区分	サービス料金	利用者負担額（1 割）
要支援 1 事業対象者	18,465 円	1,847 円
要支援 2 要支援 2 相当の事業対象者	37,187 円	3,719 円

※　料金表は自己負担が 1 割の場合。所得に応じて 2 割または 3 割になる場合がございますのでお手元の「介護保険負担割合証」をご確認ください。介護保険での単位数での計算上、端数等の関係により若干の誤差が生じる場合があります。

※　要支援者および総合事業対象者へのサービス提供時間は 6～7 時間です。

■　上記の利用料金以外に下記の金額が自己負担額として加算されます。

サービス提供体制強化加算 I	要支援 事業対象者	91 円
	要支援 2 要支援 2 相当の事業対象者	181 円
介護職員等処遇改善加算 I	1 か月のサービス利用料合計の **12%** （介護保険外サービスを除く）	
事業所が送迎を行わない場合	-49 円（片道につき） ※　要支援 1・事業対象者　上限 8 回 ※　要支援 2　上限 16 回	

2. その他の料金（介護保険対象外）

昼食代（食材料費及び調理費）		500 円
オムツ代 （施設の物を使用された場合）	テープ止め	130 円
	リハビリパンツ	180 円
	フラット	80 円
	尿とりパッド	50 円
散髪 （月 2 回　訪問美容師が実施いております）		1,000 円

- 尚、以上の他ご利用者の希望により、身の回り品又は教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用は自己負担となります。