

別紙料金表

(行動援護サービス)

1割相当額の算出方法

1単位の単価×単位数＝費用額(1円未満切捨て)

費用額×0.1(1円未満切捨て)＝1割相当額

地域区分	5級地
1単位の単価	10.6円

行動援護サービス費 (1回につき)	単位 (A)	費用額	1割相当額	単位 (B)	費用額	1割相当額
30分未満	288	3,052	305	273	2,893	289
30分以上1時間未満	437	4,632	463	415	4,399	439
1時間以上1時間30分未満	619	6,561	656	588	6,232	623
1時間30分以上2時間未満	762	8,077	807	723	7,663	766
2時間以上2時間30分未満	905	9,593	959	859	9,105	910
2時間30分以上3時間未満	1047	11,098	1,109	994	10,536	1,053
3時間以上3時間30分未満	1191	12,624	1,262	1,131	11,988	1,198
3時間30分以上4時間未満	1334	14,140	1,414	1,267	13,430	1,343
4時間以上4時間30分未満	1479	15,677	1,567	1,405	14,893	1,489
4時間30分以上5時間未満	1623	17,203	1,720	1,541	16,334	1,633
5時間以上5時間30分未満	1764	18,698	1,869	1,675	17,755	1,775
5時間30分以上6時間未満	1904	20,182	2,018	1,808	19,164	1,916
6時間以上6時間30分未満	2046	21,687	2,168	1,943	20,595	2,059
6時間30分以上7時間未満	2192	23,235	2,323	2,082	22,069	2,206
7時間以上7時間30分未満	2340	24,804	2,480	2,223	23,563	2,356
7時間30分以上	2485	26,341	2,634	2,360	25,016	2,501

※網かけ部分は、支援計画シートが未作成で支援を行った場合

【加算項目】

※ 2人の居宅介護従業者による場合 X200/100

※ 福祉・介護職員処遇改善加算 +所定単位×367/1000

その他加算項目		単位	費用	1割相当額
初回加算	初回1回のみ	+200	2,120	212
利用者負担上限額管理加算	1回につき（月1回を限度）	+150	1,590	159
緊急時対応加算	1回につき（月2回を限度）	+100	1,060	106
喀痰吸引等支援体制加算	1日あたり	+100	1,060	106

【ご確認ください】

★ 費用額について・・・

1回あたりの単位数を円に換算して表示しております。

（小数点以下は切り捨てとなりますので、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が生じます。）

★ 利用者負担について・・・

利用者及び同居ご家族の所得に応じ、市町村が「上限負担額（月額）」を定めています。

お手元の障害者福祉サービス受給者証に記載の「利用者負担上限月額」のご確認ください。

加算を含めた合計単位数で計算しております。

（1割相当額と同一ではございません、ご注意ください）

★ 市区町村が定める負担額よりも、サービス提供に要した費用の1割相当額の方が低い場合は、1割相当額を自己負担としてお支払いください。