

## ヘルパーステーション

※本人の合計所得金額により利用者負担割合が異なります。負担割合については、保険者より交付されます「介護保険負担割合証」にて確認をお願いします。

1 号 被 保 険 者	本人の合計所得金額	下記以外の場合	2割
	160万円以上	同一世帯の第1号被保険者の年金収入+その他の合計所得金額 単身 280万円未満、2人以上 346万円未満	1割
	本人の合計所得金額 160万円未満		1割

【平成27年8月1日現在】

費用のめあす 1回あたりの金額（要介護1～5）					
身 体 介 護	サービス提供時間	サービス費（自己負担）		引き続き生活援助を行う場合	
		1割負担	2割負担	1割負担	2割負担
	20分以上 30分未満	256円	511円	20分以上	70円 / 140円
	30分以上 1時間未満	405円	809円	45分以上	140円 / 280円
	1時間以上	588円	1,176円	70分以上	210円 / 419円
	以降 30分増	84円	167円		

費用のめあす 1回あたりの金額（要介護1～5）					
生 活 援 助	サービス提供時間	サービス費（自己負担）		引き続き身体介護を行う場合	
		1割負担	2割負担	1割負担	2割負担
	20分以上 45分未満	191円	382円	20分以上 30分未満	256円 / 511円
	45分以上 1時間未満	235円	469円	45分以上 1時間未満	405円 / 809円
				1時間以上	588円 / 1,176円
				以降 30分増	84円 / 167円

費用のめあす 1月あたりの金額（要支援1・2）		
サービス提供回数	サービス費（自己負担）	
	1割負担	2割負担
週1回程度	1217円	2,426円
週2回程度	2433円	4,866円
週2回以上	3860円	7,719円

加 算	1月あたり	金額	
		1割負担	2割負担
初期加算	サービス提供責任者が初回訪問した場合	209円/月	417円/月
緊急時訪問介護 加算	利用者やその家族から要請を受け24時間以内に サービス提供を行った場合	105円/日	209円/月

※ほかに介護職員処遇改善加算等があります。詳細は重要事項説明書をご覧ください。