

就労継続支援B型サービス 料金表

単位：円/日

障害給付費対象分		
	費 目	金 額
①	就労継続支援B型サービス費（Ⅰ）（日単位）	5,210
障害給付費加算対象分		
②	福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）（日単位）	150
③	目標工賃達成指導員配置加算（日単位）	800
④	送迎加算（片道）	210
⑤	食事提供体制加算（日単位）	300
⑥	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（月単位）	所定単位数に加算率(5.2%)を乗じた単位数※
(①+②+③+④+⑤+) +⑥= (イ)		6,670 +⑥
(イ) × 10/100 = (ロ)		667

初期加算※	（日単位）	300
-------	-------	-----

※初期加算は、利用開始日から起算して30日以内の期間について加算します。

欠席時対応加算※		940
----------	--	-----

※欠席時対応加算は、利用する障害者が急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談支援を行った場合に、月4回まで加算します。

尚、利用当日から数えて3日以内の連絡はキャンセルの加算がありますが、3日前までに連絡すればキャンセルの加算はありません。

障害給付費対象外分		
⑦	昼食代【食材料費負担分】（1回単位）	280
⑧	車両協力費（Ⅱ）※（片道）	1 kmあたり 20
⑨	その他の料金※	実費
⑦+⑧+⑨= (ハ)		
自己負担合計= (ロ) + (ハ)		

※⑨車両協力費（Ⅱ）は、送迎可能範囲（施設から20km圏内）を超えて自宅・乗降場所などへの送迎の際、20km超過分の1kmごとに生じる費用です。

※所定単位数とは、基本サービス費に各種加算減算を加えた総数単位のことです。

※なお、上記加算につきましては、変動する場合があります。

※⑪その他の自己負担分として、下記に記載したものがあります。

障害福祉サービスの自己負担「本紙表面の（ロ）の金額」は、所得に応じた負担上限額が設定されております。障害福祉サービス受給者証（生活介護、就労継続支援B型）をお持ちの方は、「本紙表面の（ロ）の金額」の負担は生じません。

障害給付費対象外サービス	実費料金
①外食などの飲食代	実費相当額
②洗濯代	100円/回
③入浴代（光熱費）	200円/回
④オムツ代	120円（1枚あたり）
⑤尿パット代	35円（1枚あたり）
⑥日用品費	実費相当額
⑦保健衛生費	実費相当額
⑧行事参加費	実費相当額
⑨写真代	実費相当額
⑩創作活動に係る費用	実費相当額
⑪嗜好品費	実費相当額
⑫コピー代	20円（1枚あたり）
⑬サービス提供証明書発行	200円（1枚あたり）

※送迎可能範囲は施設から20km圏内とします。但し、特段の配慮が必要な場合には、別途協議し、送迎を行う場合があります。また、自宅以外の送迎についても別途協議し、乗降場所を設けます。