

利用料金表（令和8年6月1日より）

リバーサイド桃花苑デイサービスセンター

＜予防給付対象者＞ 1か月当たり(単位:円)

支援度	基本サービス費	サービス提供 体制強化加 算Ⅱ	栄養スクリー ニング加算 (対象者)	栄養改善加 算 (月1回まで) (対象者)	口腔機能向 上加算 (月1回まで) (対象者)	若年性認知 症利用者受 入れ加算 (対象者)	送迎減算 (片道)
事業対象者	1,798	72	5	200	40	240	▲47
要支援1	1,798	72	5	200	40	240	▲47
要支援2	3,621	144	5	200	40	240	▲47

* 食費(1食) 600円 * ソフト食670円

* 令和8年6月より、介護職員処遇改善加算Ⅰロに伴い、自己負担額に12%を乗じた金額を加算してご請求させていただきます。

* 上記の他おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。