

料金表

①	厚生労働省の告示の単価による費用（障がい児通所給付費）の1割			いずれか額の小さい方の料金
	自治体の定める負担上限月額 ※給付決定保護者の属する世帯の所得によって異なる			
	0円	4,600円	37,200円	

②	①とは別に定める通所給付費対象外サービスにかかる料金 ※税込価格（消費税10%）	
	おやつ	1食 110円
	スイミング指導（希望者のみ）	1回 1,100円
	外出・イベント等	実費相当額
	検査手数料（希望者のみ）	1回 11,000円 年度内で2回目の受検は 16,500円

①と②の合計金額 が利用料金となります