

【自費】

項目・内容			負担額 (税込)	<input checked="" type="checkbox"/>	
時間外訪問費	1時間毎	夜間・早朝	17時30分～21時59分・ 6時00分～8時29分	2,100円	<input type="checkbox"/>
		深夜	22時00分～ 5時59分	4,200円	<input type="checkbox"/>
休日訪問費	30分毎	土曜日、日曜日、祝日及び12月30日～1月3日		4,300円	<input type="checkbox"/>
交通費	1回につき	実施地域を超えた地点 ～ 5km未満		100円	<input type="checkbox"/>
		5km以上 ～10km未満		200円	<input type="checkbox"/>
		10km以上 ～15km未満		300円	<input type="checkbox"/>
エンゼルケア	該当月に1回	在宅でお亡くなりになられた場合に、お身体をきれいにする処置をします。		20,000円	<input type="checkbox"/>
キャンセル料	1回につき	訪問開始時刻の1時間前までにご連絡ください。(体調不良を除く)		3,000円	<input type="checkbox"/>