

(別添) 利用料金表ー通所リハビリテーションサービス分 (R6.11.1～)

(1) 介護サービスに伴う自己負担の額 (日額)

	6時間～7時間 (月～金)	3時間～4時間 (土曜)
要介護度1	715円	486円
要介護度2	850円	565円
要介護度3	981円	643円
要介護度4	1,137円	743円
要介護度5	1,290円	842円

(2) その他の費用ー1 (日額)

	月～土
昼食代	500円

※利用日の昼食食材準備は前日に行います。利用キャンセルの場合は、前日16:30までに連絡ください。以降や当日連絡の場合、昼食代が発生いたします。(但し、当日利用されていて急変の場合はこの限りではありません)

(3) その他の費用ー2 (日額)

料金の種類	金額	備考
入浴介助加算(Ⅰ)	4 0 円	・ 必要な方
リハビリテーションマネジメント加算	5 6 0 円	・ 月額 6ヵ月以降 240 円
短期集中リハビリテーション加算	1 1 0 円	退院退所後又は認定後 3 ヶ月以内
科学的介護推進体制加算	4 0 円	
口腔栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	2 0 円	・ 6ヵ月に 1 回
サービス提供体制強化加算Ⅰ	2 2 円	・ 1 回当たり
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	表 (1) 及び (3) の合計額の 8.6%	
その他必要に応じて実施される加算		
中重度ケア加算	2 0 円	・ 事業所の実績条件による
退院時共同指導加算	6 0 0 円	・ 退院等で該当する方
重度療養管理加算	1 0 0 円	別に厚労大臣が定める状態にある方

(利用料金表ー予防通所リハビリテーションサービス分)

(4) 介護サービスに伴う自己負担の額 (月額)

要支援1 (12ヵ月超過の方)	2,268円 (2,148円)
サービス提供体制強化加算	88円
要支援2 (12ヵ月超過の方)	4,228円 (3,988円)
サービス提供体制強化加算	176円

(5) その他の費用ー1 (日額)

食事の提供に要する費用	500円
-------------	------

(6) その他の費用ー2 (月額)

料金の種類	金額	備考
口腔栄養スクリーング加算	20円	・必要な方
科学的介護推進体制加算	40円	・月額
退院時共同指導加算	600円	・退院等で該当する方
介護職員等処遇改善加算 (I)	表(4)及び(6)の合計額の8.6%	

(重要) 自己負担割合2,3割の方は、表(1) (3) (4) (6)の額に2,3を乗じた額