

花の丘 介護予防通所リハビリテーション 料金表(概算)

(1) 介護予防給付によるサービス

○ 施設利用料	利用時間帯	6～7時間	
(サービス提供体制加算(要支援1+72単位、要支援2+144単位)含む)			
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	¥2,469/月	¥4,938/月	¥7,407/月
要支援 2	¥4,613/月	¥9,225/月	¥13,838/月
1ヶ月ご利用の料金です			
※ご家族の送迎により、6～7時間より短い時間をご希望の場合はお申し出ください。			
○ 加算料金(サービス内容に応じて、個別に算定される費用です。)			
項 目	1割負担	2割負担	3割負担
栄養アセスメント加算	¥53/月	¥106/月	¥159/月
口腔・栄養スクリーニング加算(6ヶ月に1回)	¥6/月	¥11/月	¥16/月
科学的介護推進体制加算	¥43/月	¥85/月	¥127/月
口腔機能向上加算(Ⅰ)(月に2回を限度)	¥159/回	¥317/回	¥475/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)(月に2回を限度)	¥169/回	¥338/回	¥507/回
退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	¥633	¥1,266	¥1,899
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6か月以内)	¥593/月	¥1,186/月	¥1,779/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険利用単位数に対して8.6%		

(2) 介護予防給付以外の自己負担によるサービス

○ 昼食 おやつ お飲み物	¥750		
○ 日用品費	¥100	感染防止のため 風呂用のバスタオル、タオル等は 業者による煮沸消毒のものを 貸与させていただきます。 お風呂をご利用なさらないかたは 左記の料金です。	
(個人用のバスタオルタオル等費用)	¥30		
○ オムツは ご持参ください。不足時は ご用意いたしております。			
Rパット男性用	¥30	カバー式M・L	¥150
ぴったりパット	¥45	はくパンツM・L	¥170
ワイドパットα	¥40		
○ 連絡袋セット	¥330	新規の方に 連絡票や お知らせのお手紙を入れる (ご新規1回) バインダーと袋を 用意いたします。	
料金の選択 ☐ 日用品費 料金についての説明を受け同意します 年 月 日 利用者 同意者 ※ご希望内容の変更は可能です。 説明者: _____ ⑩ (続柄)			