

花の丘 通所リハビリテーション 料金表(概算)

(1)介護保険給付によるサービス		
○ 施設利用料	利用時間	6～7時間

○ 施設利用料 利用時間帯 6～7時間
(リハビリ提供体制加算+24点、中重度ケア体制加算+20単位、サービス提供体制強化加算+18単位を含む)

(リハビリ提供体制加算+24点、中重度ケア体制加算+20単位、サービス提供体制強化加算+18単位を含む)

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	¥820/日	¥1,640/日	¥2,460/日
要介護 2	¥963/日	¥1,925/日	¥2,887/日
要介護 3	¥1,101/日	¥2,201/日	¥3,301/日
要介護 4	¥1,265/日	¥2,530/日	¥3,795/日
要介護 5	¥1,427/日	¥2,853/日	¥4,279/日

※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
リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (同意日の属する月から6か月以内)	¥837/月	¥1,674/月	¥2,510/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (同意日の属する月から6か月超)	¥499/月	¥998/月	¥1,497/月
事業所の医師が利用者に説明し、利用者の同意を得た場合	¥285/月	¥570/月	¥855/月
入浴介助加算(Ⅰ)(入浴された場合)	¥43/日	¥85/日	¥127/日
入浴介助加算(Ⅱ)(入浴された場合)	¥64/日	¥127/日	¥190/日
重度療養管理加算	¥106/日	¥211/日	¥317/日
事業所が送迎を行わない場合	-¥50/片道につき	-¥99/片道につき	-¥149/片道につき
短期集中個別リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内)	¥116/日	¥232/日	¥348/日
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回を限度)	¥6/月	¥11/月	¥16/月
科学的介護推進体制加算	¥43/月	¥85/月	¥127/月
退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	¥633	¥1,266	¥1,899
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
生活行為向上リハビリテーション実施加算 (利用開始日の属する日から3ヶ月以内)	¥1,319/月	¥2,638/月	¥3,957/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)介護保険給付以外の、自己負担によるサービス	
○ 居食 おやつ お飲み物	¥750

○ 昼食 おやつ お飲み物	¥750
---------------	------

○ 日用品費 (個人用のバスタオルタオル等費用)	¥100 ¥30	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方は 左記の料金です。
-----------------------------	-------------	--

○ 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 ML	¥150
ぴったりパット	¥45	はくパンツML	¥170
ワイドパットα	¥40		

○ 連絡袋セット (ご新規1回)	¥330	新規の方に 連絡票や お知らせのお手紙を入れる バインダーと袋を 用意いたします。
---------------------	------	--

料金の選択 ☐ 日用品費 ※ご希望内容の変更は可能です。

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 ⑩ (続柄)