

料 金 表 (平成27年4月1日)

1. 基本料金 (厚生労働大臣の定める基準による。)

(1) 通所リハビリテーション〔介護予防通所リハビリテーション〕費 (I)

区分	介護報酬告示額		円換算 (10割)	利用者負担① (1割)
	通所リハビリテーション 〔介護予防通所リハビリテーション〕費 (I)			
要支援1	6時間以上8時間未満	1,812 単位/月	18,120 円/月	1,812 円/月
要支援2	6時間以上8時間未満	3,715 単位/月	37,150 円/月	3,715 円/月
要介護1	6時間以上8時間未満	726 単位/回	7,260 円/回	726 円/回
要介護2	6時間以上8時間未満	875 単位/回	8,750 円/回	875 円/回
要介護3	6時間以上8時間未満	1,022 単位/回	10,220 円/回	1,022 円/回
要介護4	6時間以上8時間未満	1,173 単位/回	11,730 円/回	1,173 円/回
要介護5	6時間以上8時間未満	1,321 単位/回	13,210 円/回	1,321 円/回
延長加算	加算(8時間以上9時間未満)	50 単位/回	500 円/回	50 円/回
	加算(9時間以上10時間未満)	100 単位/回	1,000 円/回	100 円/回

(2) 各種加算

加算項目		介護報酬告示額	円換算 (10割)	利用者負担② (1割)
予 防 通 所 リ ハ	運動器機能向上加算	225 単位/月	2,250 円/月	225 円/月
	栄養改善加算	150 単位/月	1,500 円/月	150 円/月
	口腔機能向上加算	150 単位/月	1,500 円/月	150 円/月
	選択的サービス複数実施加算 I	480 単位/月	4,800 円/月	480 円/月
	選択的サービス複数実施加算 II	700 単位/月	7,000 円/月	700 円/月
	要支援1 サービス提供体制強化加算 I	72 単位/月	720 円/月	72 円/月
	要支援2 サービス提供体制強化加算 I	144 単位/月	1,440 円/月	144 円/月
	若年性認知症利用者受入加算	240 単位/月	2,400 円/月	240 円/月
	事業所評価加算	120 単位/月	1,200 円/月	120 円/月
通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	入浴介助加算	50 単位/回	500 円/回	50 円/回
	栄養改善加算 (3ヶ月以内、月2回)	150 単位/回	1,500 円/回	150 円/回
	口腔機能向上加算 (3ヶ月以内、月2回)	150 単位/回	1,500 円/回	150 円/回
	リハビリマネジメント加算 I	230 単位/月	2,300 円/月	230 円/月
	リハビリマネジメント加算 II (6月以内)	1,020 単位/月	10,200 円/月	1,020 円/月
	リハビリマネジメント加算 II (6月超)	700 単位/月	7,000 円/月	700 円/月
	短期集中個別リハ実施加算 (3月以内)	110 単位/日	1,100 円/日	110 円/日
	認知症短期集中リハ実施加算 I (3月以内)	240 単位/日	2,400 円/日	240 円/日
	認知症短期集中リハ実施加算 II (3月以内)	1,920 単位/月	19,200 円/月	1,920 円/月
	生活行為向上リハ実施加算 (3月以内)	2,000 単位/月	20,000 円/月	2,000 円/月
	生活行為向上リハ実施加算 (3月超6月以内)	1,000 単位/月	10,000 円/月	1,000 円/月
	若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	600 円/日	60 円/日
	中重度者ケア体制加算	20 単位/日	200 円/日	20 円/日
	社会参加支援加算	12 単位/日	120 円/日	12 円/日
	サービス提供体制強化加算 I	18 単位/日	180 円/日	18 円/日
重症療養加算	100 単位/日	1,000 円/日	100 円/日	

①+②が、法定代理受領の場合の利用者負担額となります。

ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあつては、いったん介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日、市町村の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

2. その他の料金

区 分	内 容 等
食費	・ 500円／1日
交通費	・ 通常の事業の実施地域は、雲仙市（千々石町、小浜町、南串山町地区）、及び南島原市（加津佐町、口之津町、北有馬町、南有馬町地区）です。 ただし、通常地域を越えた地域については、40円／1km毎。
時間外費用	・ 実際の要した時間における介護報酬の告示上の額と、居宅介護サービス計画上の介護報酬の告示上の額の差額（利用者負担分のみ）
おむつ代	・ 尿取りパッド 40円・ フラット 55円・ ワイド50円 ・ リピート 150円 ・ リハビリパンツ150円
その他日常生活費	・ 日用品：実費、教養娯楽費：50円／日

3. 料金の支払い方法

月ごとの清算とし、毎月月末で締め、翌月10日までに請求いたしますので、請求月の月末日までに現金または銀行振込にてお支払いください。なお、銀行振込手数料は利用者負担にてお願いいたします。また、当事業所は、料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。再発行は致しませんので大切に保管してください。

急な病院受診・私用などにご利用途中で帰宅される場合、昼食等は既に調理の準備を行っておりますので、ご利用様のご負担とさせていただきます。