

利用料金表（ル・サンテリオン北条 介護予防通所リハビリテーション）

※ご利用料金は介護保険給付費用と介護保険給付外費用の合算額となります。

※介護保険給付費用は「介護保険負担割合証」に示す利用者負担の割合に応じた額となります。

①介護保険給付費用

<基本サービス料金>

	介護予防通所リハビリテーション費			(単位)
	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)	
要支援1	2,268円	4,536円	6,804円	/月
要支援2	4,228円	8,456円	12,684円	/月

<加算料金> 該当のサービス利用をされた場合に適用となります

サービス内容	金額			(単位)
	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)	
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1/100減算			
業務継続計画未策定減算	所定単位数の1/100減算			
利用者の数が利用定員を超える場合	所定単位数×70/100			
職員の員数が基準に満たない場合	所定単位数×70/100			
中山間地等提供加算	所定単位数の5/100加算			
生活行為向上リハビリテーション加算	562円	1,124円	1,686円	/月
若年性認知症利用者受入加算	240円	480円	720円	/月
同一建物通所リハビリ実施減算(要支援1)	-376円	-752円	-1,128円	
同一建物通所リハビリ実施減算(要支援2)	-752円	-1,504円	-2,256円	
要件を満たさず12か月を超えて 通所リハビリを行った場合	(要支援1) -120円	(要支援1) -240円	(要支援1) -360円	
	(要支援2) -240円	(要支援2) -480円	(要支援2) -720円	
退院時共同指導加算	600円	1,200円	1,800円	/回
栄養アセスメント加算	50円	100円	150円	/月
栄養改善加算	200円	400円	600円	/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円	40円	60円	/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円	10円	15円	/回

サービス内容	金額			(単位)
	(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150円	300円	450円	/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円	320円	480円	/月
一体的サービス提供加算	480円	960円	1,440円	/月
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	/月
サービス提供体制加算(Ⅰ)(要支援1)	88円	176円	264円	/月
サービス提供体制加算(Ⅰ)(要支援2)	176円	352円	528円	/月
サービス提供体制加算(Ⅱ)(要支援1)	72円	144円	216円	/月
サービス提供体制加算(Ⅱ)(要支援2)	144円	288円	432円	/月
サービス提供体制加算(Ⅲ)(要支援1)	24円	48円	72円	/月
サービス提供体制加算(Ⅲ)(要支援2)	48円	96円	144円	/月
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の8.6%			/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の8.3%			/月
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の6.6%			/月
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の5.3%			/月
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)				

②介護保険給付外費用

<食費>

サービス内容	料金等
食事代	587円/食

◎その他利用料

サービス内容	料金等
日用品費	28円/日
領収書再発行	一か月分につき 100円(税別)
各種証明書	一部につき 500円(税別)
予防接種	実費
散髪代	実費

◎上記に記載のないものについてはご相談に応じます。

◎なお、利用料金その他の費用につきましては、介護保険料の改定並びに諸物価の変動等により

改訂させていただくことがございますのでご了承ください。