◆利用料金について　　通所リハビリ利用料（重要事項説明書別紙）

1　介護保険サービス

【通所リハビリテーション（通常規模型通所リハビリテーション費Ⅰ）】

地域区分別１単位の単価：10.33円（６級地）

項目	区分		単位	費用(円)	利用者負担(円)			算定回数
					１割	２割	３割	
通所リハビリテーション費	２１時間以上時間未満	要介護１	366	3,780	378	756	1,134	１日につき
		要介護２	395	4,080	408	816	1,224	
		要介護３	426	4,400	440	880	1,320	
		要介護４	455	4,700	470	940	1,410	
		要介護５	487	5,030	503	1,006	1,509	
	４３時間以上時間未満	要介護１	483	4,989	499	998	1,497	
		要介護２	561	5,795	580	1,159	1,739	
		要介護３	638	6,590	659	1,318	1,977	
		要介護４	738	7,623	763	1,525	2,287	
		要介護５	836	8,635	864	1,727	2,591	
リハビリテーションマネジメント加算	Ａイ		560	5,784	579	1,157	1,736	１月につき
	Ａイ（６月以降）		240	2,479	248	496	744	
	Ａロ		593	6,125	613	1,225	1,838	
	Ａロ（６月以降）		273	2,820	282	564	846	
	Ｂイ		830	8,573	858	1,715	2,572	
	Ｂイ（６月以降）		510	5,268	527	1,054	1,581	
	Ｂロ		863	8,914	892	1,783	2,675	
	Ｂロ（６月以降）		543	5,609	561	1,122	1,683	
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月以内		110	1,136	114	228	341	１日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	Ⅰ		240	2,479	248	496	744	
	Ⅱ		1,920	19,833	1,984	3,967	5,950	１月につき
生活行為向上リハビリテーション実施加算			1,250	12,912	1,292	2,583	3,874	
サービス提供体制強化加算	Ⅰ		22	227	23	46	69	１回につき
	Ⅱ		18	185	19	37	56	
	Ⅲ		6	61	7	13	19	
若年性認知症利用者受入加算			60	619	62	124	186	１日につき
栄養アセスメント加算			50	516	52	104	155	
栄養改善加算	月２回まで		200	2,066	207	414	620	
口腔・栄養スクリーニング加算	Ⅰ		20	206	21	42	62	１回につき
	Ⅱ		5	51	6	11	16	１回につき
口腔機能向上加算	Ⅰ		150	1,549	155	310	465	１日につき
	Ⅱ		160	1,652	166	331	496	
移行支援加算			12	123	13	25	37	
科学的介護推進体制加算			40	413	42	83	124	
理学療法士等体制強化加算	1時間以上2時間未満		30	309	31	62	93	
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満		12	123	13	25	37	
送迎減算			−47	−485	−49	−97	−146	片道につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ（※）			総単位数×47／1000					１月につき

※介護職員処遇改善加算は、１か月の介護保険サービス費の総単位数によって金額が決定します。

２　介護保険サービス

【介護予防通所リハビリテーション】

地域区分別１単位の単価：10.33円（６級地）

項目	区分		単位	費用(円)	利用者負担(円)			算定回数
					１割	２割	３割	
介護予防 通所リハビリテーション費	要支援１		2,053	21,207	2,121	4,242	6,363	１月につき
	要支援２		3,999	41,309	4,131	8,262	12,393	
生活行為向上 リハビリテーション実施加算			562	5,805	581	1,161	1,742	
若年性認知症受入加算			240	2,479	248	496	744	
運動器機能向上加算			225	2,324	233	465	698	
栄養アセスメント加算			50	516	52	104	155	
栄養改善加算			200	2,066	207	414	620	
口腔・栄養スクリーニング加算	Ⅰ		20	206	21	42	62	６月に１回
	Ⅱ		5	51	6	11	16	
口腔機能向上加算	Ⅰ		150	1,549	155	310	465	１月につき
	Ⅱ		160	1,652	166	331	496	
選択的サービス複数実施加算	Ⅰ （運動器,栄養,口腔の内２種類）		480	4,958	496	992	1,488	
	Ⅱ （運動器,栄養,口腔）		700	7,231	724	1,447	2,170	
事業所評価加算			120	1,239	124	248	372	
科学的介護推進体制加算			40	413	42	83	124	
サービス提供体制強化加算	Ⅰ	要支援１	88	909	91	182	273	
		要支援２	176	1,818	182	364	546	
	Ⅱ	要支援１	72	743	75	149	223	
		要支援２	144	1,487	149	298	447	
	Ⅲ	要支援１	24	247	25	50	75	
		要支援２	48	495	50	99	149	
１２月超減算		要支援１	−20	−206	−21	−42	−62	
		要支援２	−40	−413	−42	−83	−124	
介護職員処遇改善加算Ⅰ（※）			総単位数×47／1000					

※介護職員処遇改善加算は、１か月の介護保険サービス費の総単位数によって金額が決定します。

３　介護保険外負担金

別紙に記載しています。

◆キャンセル料について

ご利用開始前日の16：30までにご連絡がなかった場合、通所リハビリテーション費の利用者負担１割を請求させていただきます。昼食付コースの方は、昼食代を合わせて請求させていただきます。

※キャンセルのご連絡は７：３０～１６：３０の間にお願いします。

◆お支払いについて

１か月分まとめてのご請求をさせていただき、翌月の２８日(休日の場合は翌平日)に指定口座からの自動引き落としとなります。(引き落としに関わる手数料は一切かかりません)