

【利用料金一覧表】

◎通所リハビリテーション利用料

(単位 円)

| 区 分 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 備考 | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------|------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------------|
| 基本料金 | | 708 | 866 | 1,023 | 1,182 | 1,340 | 1日当たり | |
| リハビリマネジメント | | 237 | | | | | 1月あたり (月8回以上利用 予定の場合) | |
| サービス体制強化加算(Ⅰ) | | 13 | | | | | 1日当たり | |
| サービス体制強化加算(Ⅱ) | | 7 | | | | | 1日当たり | |
| 選 択 サ ー ビ ス | 入浴介助 | | 51 | | | | | 1日当たり |
| | 短期集中 リハビリテ ーション | 退院(所)して 1ヶ月以内 | 288 | | | | | 1日当たり |
| | | 退院(所)して 1ヶ月超3ヶ月以内 | 144 | | | | | 1日当たり |
| | 個別リハビリテーション | | 83 | | | | | 1日当たり |
| | 認知症短期集中 リハビリテーション | | 247 | | | | | 1回あたり (週2回を標準) |
| | 若年性認知症利用受入加算 | | 62 | | | | | 1日当たり |
| | 口腔機能向上 | | 155 | | | | | 月2回 |
| | 栄養改善加算 | | 155 | | | | | 月2回 |

※6～8時間体制

○上記は、介護保険での1割自己負担分1日当たりの金額です。

当苑は所要時間6時間以上8時間未満のサービス提供です。

(注) ○短期集中リハビリを行った場合1日当たり上記金額が加算されます。

リハビリを必要とする状態の原因で治療等のため入院(所)し、退院(所)した日から起算します。

○認知症短期集中リハビリテーションにつきましては、退院(所)または利用開始日から3ヶ月以内。

○若年性認知症対象者の受入を行った場合は上記の金額が加算されます。

○栄養改善加算、口腔機能向上、を行った場合は月2回、原則3ヶ月以内まで、上記の金額が加算されます。

◎その他利用料(1日当たり)

(単位 円)

| 区 分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------|----------------|------|------|------|------|
| 食 費 | 500 | | | | |
| おやつ代 | 100 | | | | |
| おむつ代 | 実 費 | | | | |
| 教養娯楽費 | 実費(個人作業の材料費など) | | | | |
| 合 計 | 600 | | | | |

(税込み)

《お支払い方法》

毎月、1日～月末迄で締め、翌月10日頃に請求書を発行
しますので、その月の20日迄にコンビニでの払込、又は、
郵便振込、窓口での現金にてお支払いいただきますよう
お願いいたします。

尚、窓口での現金取扱は月曜日から土曜日の9時から17時
迄で、おつりのなきようご協力お願いします。

指定通所リハビリテーション事業所
医療法人社団良友会
介護老人保健施設 藤 崎 苑
〒702-8006
岡山市中区藤崎463
TEL(086)274-4121(代)
FAX(086)274-4123

*この料金表は利用約款に基づきます

【利用料金一覧表】

◎通所リハビリテーション利用料（※4～6時間体制）

（単位 円）

| 区分 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 備考 | |
|----------------|-----------------------|----------------------|------|------|------|------|-----------------------------|-------------------|
| 基本料金 | | 530 | 643 | 756 | 869 | 982 | 1日当たり | |
| リハビリマネジメント | | 237 | | | | | 1月あたり (月8回以上利用 予定の場合) | |
| サービス体制強化加算(Ⅰ) | | 13 | | | | | 1日当たり | |
| サービス体制強化加算(Ⅱ) | | 7 | | | | | 1日当たり | |
| 選択 サー ビス | 入浴介助 | | 51 | | | | | 1日当たり |
| | 短期集中 リハビリ テーション | 退院(所)して 1ヶ月以内 | 288 | | | | | 1日当たり |
| | | 退院(所)して 1ヶ月超3ヶ月以内 | 144 | | | | | 1日当たり |
| | 個別リハビリテーション | | 83 | | | | | 1日当たり |
| | 認知症短期集中 リハビリテーション | | 247 | | | | | 1回あたり (週2回を標準) |
| | 若年性認知症利用受入加算 | | 62 | | | | | 1日当たり |
| | 口腔機能向上 | | 155 | | | | | 月2回 |
| | 栄養改善加算 | | 155 | | | | | 月2回 |

※4～6時間体制

○上記は、所要時間4時間以上6時間未満のサービス提供料金表です。

金額は介護保険での1割自己負担分1日当たりを表しています。

(注) ○短期集中リハビリを行った場合1日当たり上記金額が加算されます。

リハビリを必要とする状態の原因で治療等のため入院(所)し、退院(所)した日から起算します。

○認知症短期集中リハビリテーションにつきましては、退院(所)または利用開始日から3ヶ月以内。

○若年性認知症対象者の受入を行った場合は上記の金額が加算されます。

○栄養改善加算、口腔機能向上、を行った場合は月2回、原則3ヶ月以内まで、上記の金額が加算されます。

◎その他利用料（1日当たり）

（単位 円）

| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------|----------------|------|------|------|------|
| 食費 | 500 | | | | |
| おやつ代 | 100 | | | | |
| おむつ代 | 実費 | | | | |
| 教養娯楽費 | 実費(個人作業の材料費など) | | | | |
| 合計 | 600 | | | | |

(税込み)

《お支払い方法》

毎月、1日～月末迄で締め、翌月10日頃に請求書を発行しますので、その月の20日迄にコンビニでの払込、又は、郵便振込、窓口での現金にてお支払いいただきますようお願いいたします。

尚、窓口での現金取扱は月曜日から土曜日の9時から17時迄で、おつりのなきようご協力お願いします。

指定通所リハビリテーション事業所
医療法人社団良友会
介護老人保健施設 藤崎苑
〒702-8006
岡山市中区藤崎463
TEL(086)274-4121(代)
FAX(086)274-4123

*この料金表は利用約款に基づきます

【利用料金一覧表】

◎介護予防通所リハビリテーション利用料(1月当たり)

| 区分 | 要支援1 | 要支援2 |
|--------------------------------------|--------|-------|
| 基本料金 | 2,566 | 5,017 |
| サービス体制強化加算(Ⅰ) | 50 | 99 |
| サービス体制強化加算(Ⅱ) | 25 | 50 |
| 選 サ ー ビ ス の 選 択 | 運動機能向上 | 228 |
| | 栄養改善 | 155 |
| | 口腔機能向上 | 155 |

単位(円)

(注)①上記は、介護保険での1割自己負担分1月当たりの金額です。

②運動機能向上 栄養改善 口腔機能向上を実施した場合はそれぞれにつき、1月の基本料金に加算されます。

◎その他利用料(1日当たり)

| 区分 | 要支援1 | 要支援2 |
|-------|----------------|------|
| 食費 | 500 | |
| おやつ代 | 100 | |
| おむつ代 | 実費 | |
| 教養娯楽費 | 実費(個人作業の材料費など) | |
| 合計 | 600 | |

(税込み)

《お支払い方法》

毎月、1日～月末迄で締め、翌月10日頃に請求書を発行しますので、その月の20日迄にコンビニでの払込、又は郵便振込、窓口での現金にてお支払いいただきますようお願いいたします。

尚、窓口での現金取扱は月曜日から土曜日の9時から17時迄で、おつりのなきようご協力お願いします。

指定通所リハビリテーション事業所

医療法人社団良友会

介護老人保健施設 藤崎苑

〒702-8006

岡山市中区藤崎463

TEL(086)274-4121(代)

FAX(086)274-4123

*この料金表は利用約款に基づきます