

【介護予防通所リハビリテーション利用料金一覧表 1割負担】

(単位 円)

| | 要支援状態区分 | 要支援1 | 要支援2 |
|--------|---|--------------------------------------|--|
| 必須 | 基本料金 | 1,843 | 3,779 |
| | サービス提供体制強化加算 (I) イ (介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が5割以上) | 74 | 147 |
| | 介護職員処遇改善加算 | 毎月の利用回数等にて変動 (1月あたり/所定単位数×厚生労働大臣告示率) | |
| 選択サービス | 運動機能向上加算 (1) | 229 | 運動器の機能向上を目的として個別にリハビリテーションを行った場合 |
| | 栄養改善加算 (2) | 153 | 低栄養状態の改善等を目的として個別に栄養管理を行った場合 |
| | 口腔機能向上加算 (3) | 153 | 口腔機能の向上を目的として指導を行った場合 |
| | 選択的サービス複数実施加算 (I) | 489 | 選択的サービス (1) ~ (3) のうち2種類のサービスを実施している場合 |
| | 選択的サービス複数実施加算 (II) | 712 | 選択的サービス (1) ~ (3) のうち3種類のサービスを実施している場合 |

*上記の各サービス料金につきましては全て1月当たりの定額料金となっております。

◎その他利用料(1日当たり)

(単位 円) (税込み)

| | |
|-------|--|
| 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) |
| その他 | 振込手数料130円 (コンビニ振込の場合) 引落手数料162円 (口座引落の場合) |

《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、又は口座引落、郵便振込にてお支払いいただきますようお願いいたします。
ご都合の悪い方は相談に応じます。

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