

利用料のご案内

<1日の利用料金>

(介護予防通所リハビリテーション)

項目		費用	備考	
介護保険 (一割負担の場合)	要介護度	要支援1	1,769円	利用者負担は、要支援状態区分に応じた費用の一割です。 1月につき
		要支援2	3,735円	
	栄養改善加算		155円	1月につき
	栄養スクリーニング加算		6円	6月に1回
	口腔機能向上加算		155円	1月につき
	リハビリテーションマネジメント加算		341円	1月につき
	運動器機能向上加算		233円	1月につき
	生活行為向上リハビリテーション実施加算		930円	通所開始月から3月以内(1月につき)
			465円	通所開始月から3月超6月以内(1月につき)
	若年性認知症利用者受入加算		248円	1月につき
	複数サービス実施加算Ⅰ		496円	選択的サービス2種類実施
	複数サービス実施加算Ⅱ		724円	選択的サービス3種類実施
	事業所評価加算		124円	1月につき
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	要支援1	75円	1月につき
要支援2		149円	1月につき	
その他の料金	食費		690円	昼食代
	日用品費		150～200円	石鹸、シャンプー、タオル、おしぼり等
	教養娯楽費		200～300円	レクリエーション、セラピー材料費、図書等
	嗜好品費		100～150円	1回につき
	おむつ代	紙おむつ	220円	
		リハビリパンツ	240円	
パット		70円		
特別行事費		実費		

注) 1 介護保険法改定に伴い改定する場合があります。

2 介護保険の費用は概数です。

3 上記の介護保険の金額には地域区分加算(1単位=10.33円)が含まれています。

4 上記の介護保険の金額に介護職員処遇改善加算として3.4%加算されます。

5 上記の「その他の料金」については、ご利用者様の同意のもと個別に提供させていただきますのものであり全てのご利用者様に対してその費用を画一的に徴収するものではありません。

6 平成30年4月1日より適用です。

医療法人社団 天宣会

北柏ナーシングケアセンター

〒277-0004 千葉県柏市柏下265

電話 04-7169-8001

FAX 04-7169-8003