

予防通所リハビリテーションの場合の利用者負担額

保険給付の自己負担額/1日

|         |               |                |        |
|---------|---------------|----------------|--------|
| 施設サービス費 |               |                |        |
| 要支援1    | 1721円         |                |        |
| 要支援2    | 3634円         |                |        |
| ご提供した場合 | サービス提供体制強化加算  | 要支援1 72円/月     |        |
|         |               | 要支援2 144円/月    |        |
|         | リハビリマネジメント加算  | 330円/月         |        |
|         | 栄養改善加算        | 150円/月         |        |
|         | 口腔機能向上加算      | 150円/月         |        |
|         | 運動機能向上加算      | 225円/月         |        |
|         | 選択的サービス複数実施加算 | 2種類実施した場合      | 480円/月 |
|         |               | 3種類実施した場合      | 700円/月 |
|         | 事業所評価加算       | 120円/月         |        |
|         | 介護職員処遇改善加算Ⅲ   | 介護保険一部負担額の1.9% |        |
|         | 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ | 介護保険一部負担額の2.0% |        |

※上記のうちご利用されたサービスの合計額に地域区分加算10.55円を乗じた金額の1割もしくは2割が自己負担となりますので、料金には多少の差異が生じます。

※※その他、食費・日用生活品費・教養娯楽費・オムツ代などご利用に応じて規定の料金を頂きます。