

介護予防通所リハビリテーション利用料金表

(利用時間は原則「6時間以上7時間未満」となります)

2024年6月1日より

| | 要支援 1 | | 要支援 2 | |
|--|------------------|--------|-------|---------|
| 介護サービス費 自己負担額【1割】 | 1月あたり | 2,486円 | 1月あたり | 4,553円 |
| 介護サービス費 自己負担額【2割】 | 1月あたり | 4,971円 | 1月あたり | 9,107円 |
| 介護サービス費 自己負担額【3割】 | 1月あたり | 7,457円 | 1月あたり | 13,660円 |
| 介護サービス費 自己負担額【1割】 ※利用開始月より 12か月を超えた場合 | 1月あたり | 2,359円 | 1月あたり | 4,300円 |
| 介護サービス費 自己負担額【2割】 ※利用開始月より 12か月を超えた場合 | 1月あたり | 4,718円 | 1月あたり | 8,600円 |
| 介護サービス費 自己負担額【3割】 ※利用開始月より 12か月を超えた場合 | 1月あたり | 7,077円 | 1月あたり | 12,900円 |
| 実 費 分 | 食材料費 (おやつ代含む) | 700円 | | 700円 |
| | 教養娯楽費 | 100円 | | 100円 |
| | 日用品費 | 100円 | | 100円 |

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

1割 2割 3割

| | | | | |
|-----------------|------------------|----------|------|------|
| 各種加算 (対象者のみ) | 【1月につき】 | | | |
| | 科学的介護推進体制加算 | 43円 | 85円 | 127円 |
| | 予防通所リハ栄養アセスメント加算 | 53円 | 106円 | 158円 |
| | 予防通所リハ処遇改善加算 I | 所定単位数による | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 【1日につき】 | | | |
| | 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 169円 | 338円 | 507円 |
| | | | | |
| その他の料金 | 理美容代 | 2,500円 | | |

※1 所定単位数とは、基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数です。

※ 生活保護受給者の方は介護サービス費自己負担額は発生しません。

※ 介護サービス費自己負担額の中にはサービス提供体制加算(例:要支援1 93円【1割】 要支援2 186円【1割】)が含まれます。

※ 介護サービス費は、利用回数に関係なく1月あたりの費用となります。

※ 上記の金額は、1月、1日又は1回あたりの料金です。

※ 各種加算のご負担は対象者のみとなります。