

介護老人保健施設

通所リハビリテーション利用料金表

① 介護保険給付となるサービスの内、自己負担となる利用金額

【利用者1割負担】

【6時間以上8時間未満】（日額:単位 円）

費 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所リハビリテーション	790	952	1,112	1,276	1,437

【1時間以上2時間未満】（日額:単位 円）

費 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所リハビリテーション	358	390	422	454	487

☆ 上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。

費 目	利用料金	費 目	利用料金
入浴加算	55/日	若年性認知症利用者受入加算	65/日
リハビリテーションマネジメント加算(I)	250/月	栄養改善加算 ※6	163/回
リハビリテーションマネジメント加算(II)1※1	1,110/月	口腔機能向上加算	163/回
リハビリテーションマネジメント加算(II)2※2	762/月	重度療養管理加算 ※7	109/日
短期集中個別リハビリ実施加算※3	120/日	中重度者ケア体制加算	22/日
認知症短期集中リハビリ実施加算 I	261/日	送迎減算	51/片道
認知症短期集中リハビリ実施加算 II	2,089/月	社会参加支援加算	13/日
生活行為向上リハビリ実施加算イ※4	2,176/月	サービス提供体制強化加算 I イ	20/回
生活行為向上リハビリ実施加算ロ※5	1,088/月	介護職員処遇改善加算 I	34/1,000

wari

※1 同意を得た月から6月以内の期間

※5 利用を開始した3月超～6月以内

※2 同意を得た月から6月を超えた期間

※6 低栄養状態が改善 3月以内に1月2回を限度

※3 3月以内の期間に2回/週以上、1日40分以上

※7 要介護3、4又は5の利用者に計画的な医学的管理を継続的に行う

※4 利用を開始した月から3月以内

※8 要介護3、4又は5の利用者が占める割合が30/100以上の体制

② 介護保険給付の対象とならないサービス利用金額

【利用者10割負担分】

《ご希望により利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます》

【非課税】

費 目	利用料金
昼食	600円
おやつ	80円
日用品費	100円/日
教養娯楽費	70円/日

【課税】～別途消費税をいただきます～

費 目	利用料金
テーブル式オムツ	178円/枚
パンツ式オムツ	210円/枚
尿とりパット	42円/枚

(注)1日の負担金を提示するにあたって円未満は切り捨てになっております。

請求金額は暦月単位になりますので、多少の誤差が生じますがご了承ください。

月末締めのご請求兼領収書となります。翌月サービスご利用時、明細をお渡し致します。

☆ ご不明な点がございましたら、支援相談員までお問い合わせください。

医療法人社団 哺育会
介護老人保健施設 ナーシングプラザ港北
 〒223-0056 神奈川県横浜市港北区新吉田町3170番地
 TEL 045-590-5667
 FAX 045-590-5668

平成27年4月1日改定

介護老人保健施設

通所リハビリテーション利用料金表

① 介護保険給付となるサービスの内、自己負担となる利用金額

【利用者2割負担】

【6時間以上8時間未満】（日額:単位 円）

費 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所リハビリテーション	1,580	1,904	2,224	2,552	2,875

【1時間以上2時間未満】（日額:単位 円）

費 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所リハビリテーション	716	780	844	907	975

☆ 上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。

費 目	利用料金	費 目	利用料金
入浴加算	109/日	若年性認知症利用者受入加算	131/日
リハビリテーションマネジメント加算(I)	501/月	栄養改善加算 ※6	327/回
リハビリテーションマネジメント加算(II)1※1	2,220/月	口腔機能向上加算	4
リハビリテーションマネジメント加算(II)2※2	1,523/月	重度療養管理加算 ※7	218/日
短期集中個別リハビリ実施加算※3	240/日	中重度者ケア体制加算	44/日
認知症短期集中リハビリ実施加算 I	522/日	送迎減算	103/片道
認知症短期集中リハビリ実施加算 II	4,178/月	社会参加支援加算	26/日
生活行為向上リハビリ実施加算イ※4	4,352/月	サービス提供体制強化加算 I イ	39/回
生活行為向上リハビリ実施加算ロ※5	2,176/月	介護職員処遇改善加算 I	34/1,000

※1 同意を得た月から6月以内の期間

※5 利用を開始した3月超～6月以内

※2 同意を得た月から6月を超えた期間

※6 低栄養状態が改善 3月以内に1月2回を限度

※3 3月以内の期間に2回/週以上、1日40分以上

※7 要介護3、4又は5の利用者に計画的な医学的管理を継続的に行う

※4 利用を開始した月から3月以内

※8 要介護3、4又は5の利用者が占める割合が30/100以上の体制

② 介護保険給付の対象とならないサービス利用金額

【利用者10割負担分】

《ご希望により利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます》

【非課税】

費 目	利用料金
昼食	600円
おやつ	80円
日用品費	100円/日
教養娯楽費	70円/日

【課税】～別途消費税をいただきます～

費 目	利用料金
テーブル式オムツ	178円/枚
パンツ式オムツ	210円/枚
尿とりパット	42円/枚

(注)1日の負担金を提示するにあたって円未満は切り捨てになっております。

請求金額は暦月単位になりますので、多少の誤差が生じますがご了承ください。

月末締めのご請求兼領収書となります。翌月サービスご利用時、明細をお渡し致します。

☆ ご不明な点がございましたら、支援相談員までお問い合わせください。

医療法人社団 哺育会
介護老人保健施設 ナーシングプラザ港北
 〒223-0056 神奈川県横浜市港北区新吉田町3170番地
 TEL 045-590-5667
 FAX 045-590-5668

平成27年8月1日改定