

☆ケアタウンひまわり介護予防通所リハビリテーション料金表

◇介護予防通所リハビリテーション（要支援認定の方）

一割	介護サービス保険適用の1割負担分（月額）				介護保険適用外（日額）	
	要介護度	介護サービス費	サービス提供体制加算Ⅱ	合計	食費	日常消耗品費
	要支援1	2,268 円	72 円	2,340 円	600 円	50円
	要支援2	4,228 円	144 円	4,372 円		
二割	介護サービス保険適用の2割負担分（月額）				介護保険適用外（日額）	
	要介護度	介護サービス費	サービス提供体制加算ⅠⅠ	合計	食費	日常消耗品費
	要支援1	4,106 円	144 円	4,250 円	600 円	50円
	要支援2	7,998 円	288 円	8,286 円		
三割	介護サービス保険適用の3割負担分（月額）				介護保険適用外（日額）	
	要介護度	介護サービス費	サービス提供体制加算ⅠⅠ	合計	食費	日常消耗品費
	要支援1	6,159 円	216 円	6,375 円	600 円	50円
	要支援2	11,997 円	432 円	12,429 円		

※利用開始した日の属する月から12月を超えた期間利用した場合減算 要支援1（-20円/月）
要支援2（-40円/月）

○同意を得て発生する加算

- ・一体的サービス提供加算 ⇒ 1割負担 480円/月 2割 960円/月 3割 1440円/月
- ・科学的介護推進体制加算 ⇒ 1割負担 40円/月 2割 80円/月 3割 120円/月
- ・栄養アセスメント加算 ⇒ 1割負担 50円/月 2割負担 100円/月 3割負担 150円/月
- ・栄養スクリーニング加算※
（6か月に1回限度） ⇒ 1割負担 5円/回 2割負担 10円/回 3割負担 15円/回
- ・介護職員処遇改善加算Ⅰロ（月額：1月の介護報酬1割分 × 11.1 %）

※印の加算については、対象となる場合個別に相談させていただきながら実施してまいります。

○その他の料金について

- ・利用中に施設のおむつを使用した場合におむつ代が発生します。必要に応じて使用させて頂く場合がございます。（尿取りパット：1枚40円 紙おむつ：1枚120円 リハビリパンツ：1枚150円）
- ・食費：昼食代とおやつ代を合わせた料金となっております。
- ・日常消耗品費：BOXティッシュ、石鹸、カミソリ、ペーパータオルなど。