

秀眉園 通所リハ利用料金表 要支援

①介護保険給付個人負担金（1割負担）

「要 支 援 1」の方	1,721	単位/月
「要 支 援 2」の方	3,634	単位/月
◆算 定 加 算		
予防通所リハ事業所評価加算	120	単位/月
運動器機能向上加算	225	単位/月
予防通所リハマネジメント加算	330	単位/月
予通りハサービス提供体制加算 I 11（要支援1）	72	単位/月
予通りハサービス提供体制加算 I 12（要支援2）	144	単位/月
※口腔機能向上加算（算定対象者）	150	単位/月
※複数サービス実施加算 I 2（算定対象者） （運動器機能向上及び口腔機能向上）	480	単位/月

② 実 費（介護保険対象外）

その他実費	200	円/日
※尿取りパット・リハビリパンツ・オムツ（ご利用時）	各105	円/枚

《 月 額 例 》

※ご利用日数に伴う介護保険給付個人負担金（1割負担）の変動はございません
 ※実費費用は実際に利用した日数で計算します。

「要 支 援 1」の方	
◎短時間週1回ご利用（月4回）	3,652 円
※実費（4日分）を含んだ金額です	
「要 支 援 2」の方	
◎短時間週1回ご利用（月4回）	5,946 円
※実費（4回分）を含んだ金額です	
◎短時間週2回ご利用（月8回）	6,746 円
※実費（8回分）を含んだ金額です	

※上記金額には介護職員処遇改善加算（4.7%）・介護職員等特定処遇改善加算（2%）及び実費を含んだ金額です。