

**<指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表>**

利用者負担割合 1割
------------

**【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)**

令和6年6月1日現在(単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費(通常規模型1~2時間)	390	420	453	484	518
サービス提供体制強化加算(I)	24	24	24	24	24
リハビリテーションマネジメント加算ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り				626
	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り				288
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	285	285	285	285	285
理学療法士等体制強化加算	32	32	32	32	32
介護職員処遇改善加算(I)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額 6ヶ月以内	4608	4873	5157	5423	5726
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額 6ヶ月超	4240	4506	4791	5057	5359

**【その他の利用料金】**

**②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)**

加算項目の名称	1回当り	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	126	退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
栄養改善加算	229	月2回限度
口腔機能向上加算(I)	172	月2回限度
口腔機能向上加算(II)イ	178	月2回限度
口腔機能向上加算(II)ロ	184	月2回限度
移行支援加算	14	
サービス提供体制強化加算(II)	22	
サービス提供体制強化加算(III)	8	
栄養アセスメント加算	57	1月につき
科学的介護推進体制加算	46	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	642	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	276	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ハ	909	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	543	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	24	6ヶ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	6	6ヶ月に1回限度
事業所が送迎を行わない場合	-54	片道につき
退院時共同指導加算	688	1回につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(I)を含めた目安額です。

**③キャンセル料(不課税)**

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1~2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 390円

**④その他の別途料金(課税)**

項 目	料 金	
地域外送迎	10 km 未 満	825
	10 km 以 上	1,650
複写物の交付(1枚当り)	22	
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費	

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

**<指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表>**

利用者負担割合 2割
------------

**【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)**

令和6年6月1日現在(単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費(通常規模型1~2時間)	779	840	905	967	1,036
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	47	47	47	47	47
リハビリテーションマネジメント加算ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り			1,252	
	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り			576	
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	570	570	570	570	570
理学療法士等体制強化加算	64	64	64	64	64
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額 6ヶ月以内	9215	9746	10314	10846	11451
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額 6ヶ月超	8480	9012	9582	10114	10717

**【その他の利用料金】**

**②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)**

加算項目の名称	1回当り	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	251	退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
栄養改善加算	458	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	344	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	355	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	367	月2回限度
移行支援加算	28	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	43	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	15	
栄養アセスメント加算	114	1月につき
科学的介護推進体制加算	91	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	1,283	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	551	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ハ	1,817	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,085	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	47	6ヶ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	11	6ヶ月に1回限度
事業所が送迎を行わない場合	-108	片道につき
退院時共同指導加算	1,376	1回につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

**③キャンセル料(不課税)**

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1~2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 779円

**④その他の別途料金(課税)**

項 目	料 金	
地域外送迎	10 km 未 満	825
	10 km 以 上	1,650
複写物の交付(1枚当り)	22	
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費	

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

**<指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表>**

利用者負担割合 3割
------------

**【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)**

令和6年6月1日現在(単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス費(通常規模型1~2時間)	1,168	1,260	1,358	1,450	1,554
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	70	70	70	70	70
リハビリテーションマネジメント加算ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り				1,877
	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り				864
事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合	855	855	855	855	855
理学療法士等体制強化加算	95	95	95	95	95
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額 6ヶ月以内	13822	14619	15471	16269	17177
①週2回、月8回ご利用時の1か月当りの自己負担額 6ヶ月超	12720	13518	14373	15170	16075

**【その他の利用料金】**

**②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)**

加算項目の名称	1回当り	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	377	退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内
栄養改善加算	687	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	516	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	532	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	551	月2回限度
移行支援加算	42	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	64	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	22	
栄養アセスメント加算	171	1月につき
科学的介護推進体制加算	136	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算イ	1,925	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	826	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算ハ	2,725	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,627	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	70	6ヶ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	16	6ヶ月に1回限度
事業所が送迎を行わない場合	-162	片道につき
退院時共同指導加算	2,064	1回につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

**③キャンセル料(不課税)**

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1~2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 1168円

**④その他の別途料金(課税)**

項 目	料 金	
地域外送迎	10 km 未 満	825
	10 km 以 上	1,650
複写物の交付(1枚当り)	22	
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費	

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

# ＜指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 1割

## 【基本料金】介護保険給付対象サービス①（非課税） 令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	2,393	4,461
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	93	186
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額（1ヶ月当り）	2,700	5,046

## 【その他の利用料金】

### ②加算項目に該当した場合のご利用者負担額（非課税）

加算項目の名称	1ヶ月当り	備考
栄養改善加算	229	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	172	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	184	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	24	6カ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6	6カ月に1回限度
栄養アセスメント加算	57	1月につき
科学的介護推進体制加算	46	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1	83	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援2	165	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援1	28	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援2	55	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行った場合（要件を満たさない場合）要支	-138	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行った場合（要件を満たさない場合）要支	-276	
一体的サービス提供加算	550	1月につき
退院時共同指導加算	688	1回につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

### ③その他の別途料金（課税）

項 目	料 金	
地域外送迎	10 km 未 満	825
	10 km 以 上	1,650
複写物の交付（1枚当り）	22	
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費	

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

## ＜指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 2割

### 【基本料金】介護保険給付対象サービス①（非課税） 令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	4,786	8,921
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	186	372
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額（1ヶ月当り）	5,400	10,092

### 【その他の利用料金】

#### ②加算項目に該当した場合のご利用者負担額（非課税）

加算項目の名称	1ヶ月当り	備考
栄養改善加算	458	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	344	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	367	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	47	6カ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	11	6カ月に1回限度
栄養アセスメント加算	114	1月につき
科学的介護推進体制加算	91	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1	165	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援2	329	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援1	55	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援2	110	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行った場合（要件を満たさない場合）要支援1	-275	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行った場合（要件を満たさない場合）要支援2	-551	
一体的サービス提供加算	1,100	1月につき
退院時共同指導加算	1,376	1回につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

#### ③その他の別途料金（課税）

項 目	料 金	
地域外送迎	10 km 未 満	825
	10 km 以 上	1,650
複写物の交付（1枚当り）	22	
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費	

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

（注）

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

# ＜指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安 一覧表＞

利用者負担割合 3割

## 【基本料金】介護保険給付対象サービス①（非課税） 令和6年6月1日現在（単位＝円）

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要支援1	要支援2
介護予防通所リハビリテーション費	7,179	13,382
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	279	557
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率(8.6%)を乗じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額（1ヶ月当り）	8,100	15,138

## 【その他の利用料金】

### ②加算項目に該当した場合のご利用者負担額（非課税）

加算項目の名称	1ヶ月当り	備考
栄養改善加算	687	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	516	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	551	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	70	6カ月に1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	16	6カ月に1回限度
栄養アセスメント加算	171	1月につき
科学的介護推進体制加算	136	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援1	247	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 要支援2	494	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援1	83	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 要支援2	165	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行った場合（要件を満たさない場合）要支援1	-412	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハを行った場合（要件を満たさない場合）要支援2	-826	
一体的サービス提供加算	1,649	1月につき
退院時共同指導加算	2,064	1回につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)を含めた目安額です。

### ③その他の別途料金（課税）

項 目	料 金	
地域外送迎	10 km 未 満	825
	10 km 以 上	1,650
複写物の交付（1枚当り）	22	
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費	

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。