

＜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)

令和元年10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)	350	380	412	442	475
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7	7	7	7	7
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額	2,845	3,089	3,343	3,587	3,849

【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	116	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
社会参加支援加算	13	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	254	週2日限度
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	2,026	月4回以上 1ヶ月当り
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2,110	利用開始日の属する月から3ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,055	利用開始日の属する月から3ヶ月超6ヶ月以内 1ヶ月当り
理学療法士等体制強化加算	32	
栄養改善加算	159	月2回限度
口腔機能向上加算	159	月2回限度
若年性認知症利用者受入加算	64	
重度療養管理加算	106	
中重度者ケア体制加算	22	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	19	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	13	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(1ヶ月当り)	349	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	897	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	560	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(Ⅲ)	1,182	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	844	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(Ⅳ)	1,288	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	950	同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り
栄養スクリーニング加算	6	6ヶ月に1回限度
事業所が送迎を行わない場合	-50	片道につき

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 350円

④その他の別途料金(課税)

項 目	料金
地域外送迎	10km未満 825
	10km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

(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。

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

＜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)

令和元年10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)	699	760	823	884	950
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	13	13	13	13	13
①週 2 回、月 8 回ご利用時の 1 ヶ月当りの自己負担額	5,689	6,178	6,685	7,174	7,698

【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	232	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
社 会 参 加 支 援 加 算	26	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	507	週 2 日限度
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	4,052	月 4 回以上 1 ヶ月当り
生活行為向上リハビリテーション実施加算	4,220	利用開始日の属する月から 3 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	2,110	利用開始日の属する月から 3 ヶ月超 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
理学療法士等体制強化加算	64	
栄 養 改 善 加 算	317	月 2 回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算	317	月 2 回限度
若年性認知症利用者受入加算	127	
重 度 療 養 管 理 加 算	211	
中 重 度 者 ケ ア 体 制 加 算	43	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	38	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	26	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(1 ヶ月当り)	697	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	1,794	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	1,119	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(Ⅲ)	2,364	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	1,688	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(Ⅳ)	2,575	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	1,899	同意日の属する月から 6 ヶ月超 1 ヶ月当り
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算	11	6 ヶ月に 1 回限度
事業所が送迎を行わない場合	-99	片道につき

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 699 円

④その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地 域 外 送 迎	10km 未満
	10km 以上
複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り)	
特別なレクリエーションに参加された場合	

(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。

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

＜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)

令和元年10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)	1,048	1,140	1,235	1,326	1,425
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19	19	19	19	19
①週 2 回、月 8 回ご利用時の 1 ヶ月当りの自己負担額	8,533	9,267	10,027	10,761	11,546

【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	348	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
社 会 参 加 支 援 加 算	38	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	760	週 2 日限度
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	6,077	月 4 回以上 1 ヶ月当り
生活行為向上リハビリテーション実施加算	6,330	利用開始日の属する月から 3 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	3,165	利用開始日の属する月から 3 ヶ月超 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
理学療法士等体制強化加算	95	
栄 養 改 善 加 算	475	月 2 回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算	475	月 2 回限度
若年性認知症利用者受入加算	190	
重 度 療 養 管 理 加 算	317	
中 重 度 者 ケ ア 体 制 加 算	64	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	57	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	38	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(1 ヶ月当り)	1,045	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	2,691	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	1,678	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(Ⅲ)	3,545	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	2,532	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(Ⅳ)	3,862	同意日の属する月から 6 ヶ月以内 1 ヶ月当り
	2,849	同意日の属する月から 6 ヶ月超 1 ヶ月当り
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算	16	6 ヶ月に 1 回限度
事業所が送迎を行わない場合	-149	片道につき

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 1,048 円

④その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
地 域 外 送 迎	10km 未満
	10km 以上
複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り)	
特別なレクリエーションに参加された場合	

(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。

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

＜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)

令和元年10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	1,816	3,834
運 動 器 機 能 向 上 加 算	238	238
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	25	50
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	2,079	4,122

【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
リハビリテーションマネジメント加算	349	
事 業 所 評 価 加 算	127	
若年性認知症利用者受入加算	254	
栄 養 改 善 加 算	159	
口 腔 機 能 向 上 加 算	159	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	507	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	739	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	950	3ヶ月以内
	475	3ヶ月超6ヶ月以内
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算	6	6ヶ月に1回限度
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援1	76	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援2	152	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援1	51	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援2	102	

③その他の別途料金(課税)

項 目	料金
地 域 外 送 迎	10km未満 825
	10km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)

令和元年10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	3,632	7,668
運 動 器 機 能 向 上 加 算	475	475
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	50	101
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	4,157	8,244

【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
リハビリテーションマネジメント加算	697	
事 業 所 評 価 加 算	254	
若年性認知症利用者受入加算	507	
栄 養 改 善 加 算	317	
口 腔 機 能 向 上 加 算	317	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1,013	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	1,477	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,899	3ヶ月以内
	950	3ヶ月超6ヶ月以内
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算	11	6ヶ月に1回限度
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援 1	152	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援 2	304	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援 1	102	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援 2	203	

③その他の別途料金(課税)

項 目	料金
地 域 外 送 迎	10km未満 825
	10km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)

令和元年10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	5,447	11,502
運 動 器 機 能 向 上 加 算	712	712
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	76	152
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	6,235	12,366

【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
リハビリテーションマネジメント加算	1,045	
事 業 所 評 価 加 算	380	
若年性認知症利用者受入加算	760	
栄 養 改 善 加 算	475	
口 腔 機 能 向 上 加 算	475	
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	1,520	
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	2,216	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2,849	3ヶ月以内
	1,425	3ヶ月超6ヶ月以内
栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算	16	6ヶ月に1回限度
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援1	228	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 要支援2	456	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援1	152	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 要支援2	304	

③その他の別途料金(課税)

項 目	料金
地 域 外 送 迎	10km未満 825
	10km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。