

＜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3年4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)	387	417	450	480	514
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19	19	19	19	19
理学療法士等体制強化加算	32	32	32	32	32
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額	3,495	3,739	4,001	4,246	4,516

【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
栄 養 改 善 加 算	211	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	159	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	169	月2回限度
移 行 支 援 加 算	13	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	24	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7	
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	53	1月につき
科学的介護推進体制加算	43	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	591	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	254	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(A)ロ	626	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	288	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(B)イ	876	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	538	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(B)ロ	911	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	573	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)	22	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	-50	片道につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定	

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 387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3年4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)	773	834	899	960	1,028
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	38	38	38	38	38
理学療法士等体制強化加算	64	64	64	64	64
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額	6,989	7,478	8,001	8,491	9,031

【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
栄 養 改 善 加 算	422	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	317	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	338	月2回限度
移 行 支 援 加 算	26	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	47	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	13	
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	106	1月につき
科学的介護推進体制加算	85	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	1,182	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	507	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(A)ロ	1,252	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	576	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(B)イ	1,752	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,076	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(B)ロ	1,821	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,146	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)	43	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	-99	片道につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定	

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 773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 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和3年4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)	1,159	1,251	1,349	1,440	1,542
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	57	57	57	57	57
理学療法士等体制強化加算	95	95	95	95	95
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額	10,483	11,217	12,002	12,736	13,547

【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
栄 養 改 善 加 算	633	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	475	月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	507	月2回限度
移 行 支 援 加 算	38	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	70	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	19	
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	159	1月につき
科学的介護推進体制加算	127	1月につき
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	1,773	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	760	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(A)ロ	1,877	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	864	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(B)イ	2,627	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,614	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(B)ロ	2,732	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,719	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)	64	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	-149	片道につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定	

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 1,159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3年4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	2,166	4,219
運動器機能向上加算	238	238
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)	2,480	4,609

【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
事業所評価加算	127	
栄養改善加算	211	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	159	1月につき
口腔機能向上加算（Ⅱ）	169	1月につき
選択サービス複数実施加算（Ⅰ）	507	
選択サービス複数実施加算（Ⅱ）	739	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	22	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
栄養アセスメント加算	53	1月につき
科学的介護推進体制加算	43	1月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1	93	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援2	186	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援1	26	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援2	51	
介護予防通所リハ減算 要支援1	-22	利用開始月から12ヶ月超利用
介護予防通所リハ減算 要支援2	-43	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定	

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3年4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	4,332	8,438
運動器機能向上加算	475	475
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	152	304
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	4,959	9,217

【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
事 業 所 評 価 加 算	254	
栄 養 改 善 加 算	422	1月につき
口 腔 機 能 向 上 加 算（Ⅰ）	317	1月につき
口 腔 機 能 向 上 加 算（Ⅱ）	338	1月につき
選択サービス複数実施加算（Ⅰ）	1,013	
選択サービス複数実施加算（Ⅱ）	1,477	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	43	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
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	106	1月につき
科学的介護推進体制加算	85	1月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1	186	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援2	372	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援1	51	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援2	102	
介護予防通所リハ減算 要支援1	-43	利用開始月から12ヶ月超利用
介護予防通所リハ減算 要支援2	-85	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定	

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3年4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	6,498	12,657
運動器機能向上加算	712	712
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	228	456
①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り)	7,438	13,825

【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
事 業 所 評 価 加 算	380	
栄 養 改 善 加 算	633	1月につき
口 腔 機 能 向 上 加 算（Ⅰ）	475	1月につき
口 腔 機 能 向 上 加 算（Ⅱ）	507	1月につき
選択サービス複数実施加算（Ⅰ）	1,520	
選択サービス複数実施加算（Ⅱ）	2,216	
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	64	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
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	159	1月につき
科学的介護推進体制加算	127	1月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援1	279	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）要支援2	557	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援1	76	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）要支援2	152	
介護予防通所リハ減算 要支援1	-64	利用開始月から12ヶ月超利用
介護予防通所リハ減算 要支援2	-127	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定	

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。