

＜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4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)	387	417	450	480	514
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(B)ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内			1ヶ月当り	911
	同意日の属する月から6ヶ月超			1ヶ月当り	573
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(Ⅰ)	合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 6ヶ月以内	4,507	4,771	5,053	5,318	5,608
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 6ヶ月超	4,143	4,408	4,690	4,954	5,244

【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回当り	備 考
短期集中個別リハビリテーション実施加算	125	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
理学療法士等体制強化加算	34	
栄養改善加算	227	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	171	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	183	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)	20	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7	
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(A)イ	637	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	273	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	675	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	311	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	944	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	580	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)	23	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	－53	片道につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算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4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)	773	834	899	960	1,028
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(B)ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内			1ヶ月当り	1,821
	同意日の属する月から6ヶ月超			1ヶ月当り	1,146
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(Ⅰ)	合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 6ヶ月以内	9,014	9,542	10,105	10,635	11,215
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 6ヶ月超	8,286	8,816	9,379	9,907	10,487

【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	249	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
理学療法士等体制強化加算	68	
栄養改善加算	454	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	342	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	365	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)	40	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	13	
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(A)イ	1,273	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	545	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	1,349	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	621	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	1,887	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,159	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)	45	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	－106	片道につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算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4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)	1,159	1,251	1,349	1,440	1,542
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(B)ロ	同意日の属する月から6ヶ月以内			1ヶ月当り	2,732
	同意日の属する月から6ヶ月超			1ヶ月当り	1,719
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(Ⅰ)	合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定				
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 6ヶ月以内	13,521	14,313	15,157	15,952	16,822
①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 6ヶ月超	12,429	13,224	14,069	14,860	15,730

【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	374	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
理学療法士等体制強化加算	102	
栄養改善加算	681	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅰ)	513	月2回限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)	548	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)	60	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	19	
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(A)イ	1,909	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	817	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	2,023	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	931	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	2,830	同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
	1,738	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)	67	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	－159	片道につき

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算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4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	2,166	4,219
運動器機能向上加算	238	238
事業所評価加算	127	127
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(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(Ⅰ)	合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.0%)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)	2,826	5,135

【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	227	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	171	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)	183	1月につき
選択サービス複数実施加算(Ⅰ)	547	
選択サービス複数実施加算(Ⅱ)	796	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	23	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	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	82	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	164	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1	27	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2	54	
介護予防通所リハ減算 要支援1	－23	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	－46	

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算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	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4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	4,332	8,438
運 動 器 機 能 向 上 加 算	475	475
事 業 所 評 価 加 算	254	254
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(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(Ⅰ)	合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.0%)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)	5,651	10,270

【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	454	1月につき
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	342	1月につき
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	365	1月につき
選択サービス複数実施加算(Ⅰ)	1,093	
選択サービス複数実施加算(Ⅱ)	1,591	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	45	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	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	163	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	327	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1	53	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2	108	
介護予防通所リハ減算 要支援1	－45	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	－91	

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算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	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4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	6,498	12,657
運動器機能向上加算	712	712
事業所評価加算	380	380
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(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(Ⅰ)	合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定	
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.0%)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)	8,476	15,404

【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	681	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅰ)	513	1月につき
口腔機能向上加算(Ⅱ)	548	1月につき
選択サービス複数実施加算(Ⅰ)	1,640	
選択サービス複数実施加算(Ⅱ)	2,387	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	67	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	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	244	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)要支援2	491	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援1	79	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)要支援2	162	
介護予防通所リハ減算 要支援1	－67	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	－136	

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算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	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。