

<ソルヴィラージュ 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(大規模事業所Ⅲ6～7時間)	707	841	970	1,125	1,278
入 浴 介 助 加 算 Ⅱ	64	64	64	64	64
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算(Ⅲ)	7	7	7	7	7
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				
①上記項目の自己負担額 小計(1日当り)	828	970	1,106	1,203	1,434

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
昼 食 費	600
日 用 品 費 ※⑥	130
教 養 娛 楽 費 ※⑦	120
②上記項目の自己負担額 小計(1日当り)	850

【1日当り基本料金合計(目安)】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① + ② 入 浴 あ り (個 浴)	1,678	1,820	1,956	2,053	2,284
① + ② 入 浴 な し	1,609	1,752	1,889	1,987	2,217

【その他の利用料金】

③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
リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満)	27	
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	629	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	269	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	666	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	307	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	932	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	573	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	970	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	610	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
入 浴 介 助 加 算 Ⅰ	46	機械浴等
短期集中個別リハビリテーション実施加算	124	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
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	269	週2日限度 通所開始日から3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	2,156	月4回以上 1ヶ月当り 通所開始日から3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,404	開始日から6ヶ月以内 1ヶ月当り
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	68	
栄 養 改 善 加 算	224	原則3ヶ月以内、月2回限度
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
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	169	原則3ヶ月以内、月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	181	原則3ヶ月以内、月2回限度
重 度 療 養 管 理 加 算	113	喀痰吸引等手厚い医療が必要な場合(要介護3,4,5)
中 重 度 者 ケ ア 体 制 加 算	23	
事業所が送迎を行わない場合	-53	片道につき
移 行 支 援 加 算	14	
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	56	1ヶ月当り
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	46	1ヶ月当り
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	25	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	20	

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(Ⅱ)を含めた目安額です。

④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。

「基本サービス費のご利用者負担額及び昼食費」

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
オ ム ツ 等	
(各1枚)	尿とりパット 60
	紙 パ ン ツ 250
特 別 な 食 事	実 費
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
消耗品等で高級品の使用をご希望された場合	実 費
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費
特 別 な ク ラ ブ 活 動 費	実 費

⑥日用品費 内訳(非課税)

品 名	料 金
石 鹼 ・ シ ャ ンプ ー 等	30
歯 磨 き 粉 等	10
ハ ン ド タ オ ル 等	40
ティッシュ等	30
お し ぼ り	20
小 計	130

⑦教養娯楽費(非課税)

書道・手芸・園芸・折り紙等の教材費

- (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。

<ソルヴィラージュ 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(大規模事業所Ⅲ6～7時間)	1,414	1,682	1,939	2,250	2,556
入 浴 介 助 加 算 Ⅱ	127	127	127	127	127
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算(Ⅲ)	13	13	13	13	13
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				
①上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	1,655	1,939	2,212	2,406	2,868

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
昼 食 費	600
日 用 品 費 ※⑥	130
教 養 娛 楽 費 ※⑦	120
②上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	850

【1日当たり基本料金合計(目安)】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① + ② 入 浴 あ り (個 浴)	2,505	2,789	3,062	3,256	3,718
① + ② 入 浴 な し	2,367	2,654	2,927	3,123	3,583

【その他の利用料金】

③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回当たり	備 考
リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満)	53	
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	1,258	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	538	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	1,332	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	614	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	1,863	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	1,146	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	1,939	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	1,220	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
入 浴 介 助 加 算 Ⅰ	91	機械浴等
短期集中個別リハビリテーション実施加算	247	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
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	538	週2日限度 通所開始日から3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	4,311	月4回以上 1ヶ月当り 通所開始日から3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2,807	開始日から6ヶ月以内 1ヶ月当り
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	135	
栄 養 改 善 加 算	448	原則3ヶ月以内、月2回限度
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
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	338	原則3ヶ月以内、月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	361	原則3ヶ月以内、月2回限度
重 度 療 養 管 理 加 算	226	喀痰吸引等手厚い医療が必要な場合(要介護3,4,5)
中 重 度 者 ケ ア 体 制 加 算	45	
事業所が送迎を行わない場合	-106	片道につき
移 行 支 援 加 算	28	
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	112	1ヶ月当り
科学的介護推進体制加算	91	1ヶ月当り
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	49	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	40	

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(Ⅱ)を含めた目安額です。

④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。

「基本サービス費のご利用者負担額及び昼食費」

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
オ ム ツ 等	
(各1枚)	尿とりパット 60
	紙 パ ン ツ 250
特 別 な 食 事	実 費
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
消耗品等で高級品の使用をご希望された場合	実 費
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費
特 別 な ク ラ ブ 活 動 費	実 費

⑥日用品費 内訳(非課税)

品 名	料 金
石 鹼 ・ シ ャ ンプ ー 等	30
歯 磨 き 粉 等	10
ハ ン ド タ オ ル 等	40
ティッシュ等	30
お し ぼ り	20
小 計	130

⑦教養娯楽費(非課税)

書道・手芸・園芸・折り紙等の教材費

(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。

＜ソルヴィラージュ 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(大規模事業所Ⅲ6～7時間)	2,121	2,523	2,909	3,374	3,833
入 浴 介 助 加 算 Ⅱ	190	190	190	190	190
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算(Ⅲ)	19	19	19	19	19
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				
①上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	2,482	2,909	3,317	3,609	4,302

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
昼 食 費	600
日 用 品 費 ※⑥	130
教 養 娛 楽 費 ※⑦	120
②上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	850

【1日当たり基本料金合計(目安)】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① + ② 入 浴 あ り (個 浴)	3,332	3,759	4,167	4,459	5,152
① + ② 入 浴 な し	3,126	3,556	3,965	4,259	4,949

【その他の利用料金】

③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回当たり	備 考
リハビリテーション提供体制加算(6時間以上7時間未満)	79	
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	1,887	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	807	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	1,998	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	921	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	2,795	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	1,719	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	2,909	開始月から6ヶ月以内 1ヶ月当り
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	1,830	開始月から6ヶ月越え 1ヶ月当り
入 浴 介 助 加 算 Ⅰ	136	機械浴等
短期集中個別リハビリテーション実施加算	371	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
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	807	週2日限度 通所開始日から3ヶ月以内
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	6,466	月4回以上 1ヶ月当り 通所開始日から3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	4,210	開始日から6ヶ月以内 1ヶ月当り
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	203	
栄 養 改 善 加 算	671	原則3ヶ月以内、月2回限度
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
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	507	原則3ヶ月以内、月2回限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	542	原則3ヶ月以内、月2回限度
重 度 療 養 管 理 加 算	339	喀痰吸引等手厚い医療が必要な場合(要介護3,4,5)
中 重 度 者 ケ ア 体 制 加 算	67	
事業所が送迎を行わない場合	-159	片道につき
移 行 支 援 加 算	42	
栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算	168	1ヶ月当り
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	136	1ヶ月当り
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	73	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	60	

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(Ⅱ)を含めた目安額です。

④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。

「基本サービス費のご利用者負担額及び昼食費」

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
オ ム ツ 等	
(各1枚)	尿とりパット 60
	紙 パ ン ツ 250
特 別 な 食 事	実 費
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
消耗品等で高級品の使用をご希望された場合	実 費
特別なレクリエーションに参加された場合	実 費
特 別 な ク ラ ブ 活 動 費	実 費

⑥日用品費 内訳(非課税)

品 名	料 金
石 鹼 ・ シ ャ ンプ ー 等	30
歯 磨 き 粉 等	10
ハ ン ド タ オ ル 等	40
ティッシュ等	30
お し ぼ り	20
小 計	130

⑦教養娯楽費(非課税)

書道・手芸・園芸・折り紙等の教材費

- (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。