

[料 金 表]

様

社会福祉法人 白 寿 院

新田塚ハイツの通所リハビリテーションの利用料金は、次のとおりです。

介護保険対象サービス

(単位：介護報酬単位)

基本料金・体制加算	／介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
①通所リハビリテーションⅡ		675	802	926	1,077	1,224
②サービス提供体制加算Ⅰ		22	22	22	22	22
③科学的介護推進体制加算		40	40	40	40	40
④1日の単位小計 ①～③		737	864	988	1,139	1,286
⑤介護職員処遇改善加算Ⅰ ④×8.6%		63	74	85	98	111
⑥介護保険総単位数 ④+⑤		800	938	1,073	1,237	1,397
⑦地域区分換算額(円)※1 ⑥×10.17		¥8,136	¥9,539	¥10,912	¥12,580	¥14,207
(1割自己負担)日額(円)(⑥×10%)		¥814	¥954	¥1,092	¥1,258	¥1,421
(2割自己負担)日額(円)(⑥×20%)		¥1,628	¥1,908	¥2,183	¥2,516	¥2,842
(3割自己負担)日額(円)(⑥×30%)		¥2,441	¥2,862	¥3,274	¥3,774	¥4,263

個別加算※2(対象者のみ)	単位	額(1割)	額(2割)	額(3割)
入浴介助加算Ⅰ	40	¥44	¥88	¥132
入浴介助加算Ⅱ	60	¥67	¥133	¥199
短期集中リハビリ加算(3月間)	110	¥121	¥242	¥363
リハビリテーション提供体制加算 時間帯別単位:12・16・20・24・28	該当額(¥14～¥92)			
栄養アセスメント加算(1月につき)	50	¥55	¥110	¥165
栄養改善加算(月2回まで)	200	¥221	¥442	¥662
口腔機能向上加算Ⅰ(月2回まで)	150	¥166	¥332	¥498
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	¥23	¥45	¥67
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	¥5	¥10	¥15
重度療養管理加算	100	¥111	¥222	¥333
8～9時間の場合は基本料金に加算	50	¥55	¥110	¥165
9～10時間の場合は基本料金に加算	100	¥111	¥222	¥333

介護保険対象外サービス

食費(昼食・おやつ)	(食)¥640
------------	---------

選択によって提供するサービスの費用

日常生活費(入浴用品・清潔用品)	(日)¥100
------------------	---------

上記のサービスを選択します。

利用者

代理人

(続柄

)

※1 地域区分は福井市の場合、1単位=10.17円で算出します。

※2 個別加算には介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.6%)と地域区分概算額(1単位=10.17円)を含みます。

※ 重要事項説明書に記載の実施地域以外に居住する方は、別途、中山間地域等提供体制加算(基本料金①通所リハビリテーションⅡに5%)が上乗せされます。

※ 介護度が変わった場合は、該当するランクに当てはめてください。

※ 減免措置(利用者負担軽減制度・高額介護サービス費制度)

世帯の状況や所得額によって、自己負担額の減額や免除が受けられる場合があります
詳しくは、福井市介護保険担当課にお問い合わせください。

※ 社会福祉事業法第2条3項に基づいて、施設療養費(利用料を含む)の負担が困難な利用者に施設療養費の一部又は全部を減免する規定を設けております。

※ 口座引落としの際、手数料(110円または165円)が利用料金に合算されます。

2024年6月1日改定

[料 金 表]

様

社会福祉法人 白 寿 院

新田塚ハイツの介護予防通所リハビリテーションの利用料金は、次のとおりです。

介護保険対象サービス

(単位：介護報酬単位)

基本料金・体制加算	／支援度	要支援 1	要支援 2
①予防通所リハビリテーション		2,268	4,228
②サービス提供体制加算 I		88	176
③科学的介護推進体制加算		40	40
④1月の単位小計 ①～③		2,396	4,444
⑤介護職員処遇改善加算 I ④×8.6%		206	382
⑥介護保険総単位数 ④+⑤		2,602	4,826
⑦地域区分換算額(円)※1 ⑥×10.17		¥26,462	¥49,080
(1割自己負担)月額(円)(⑥×10%)		¥2,647	¥4,908
(2割自己負担)月額(円)(⑥×20%)		¥5,293	¥9,816
(3割自己負担)月額(円)(⑥×30%)		¥7,939	¥14,724

個別加算※2(対象者のみ)	単位	月額(1割)	月額(2割)	月額(3割)
口腔機能向上加算 I	(月)150	¥166	¥332	¥498
栄養アセスメント加算	(月)50	¥55	¥110	¥165
栄養改善加算	(月)200	¥221	¥442	¥662
口腔・栄養スクリーニング加算 I	(回)20	¥23	¥45	¥67
口腔・栄養スクリーニング加算 II	(回)5	¥5	¥10	¥15
一体的サービス提供加算	(月)480	¥530	¥1,060	¥1,590
利用を開始した日から12月を超えた期間に利用 (要支援1)	-(月)120	¥-133	¥-265	¥-397
利用を開始した日から12月を超えた期間に利用 (要支援2)	-(月)240	¥-266	¥-531	¥-797

介護保険対象外サービス

食費(昼食・おやつ)	(食)¥640
------------	---------

選択によって提供するサービスの費用

日常生活費(入浴用品・清潔用品)	(日)¥100
------------------	---------

上記のサービスを選択します。

利用者

代理人

(続柄)

- ※1 地域区分は福井市の場合、1単位=10.17円で算出します。
- ※2 個別加算には介護職員処遇改善加算 I (8.6%)と 地域区分概算額(1単位=10.17円)を含みます。
- ※ 重要事項説明書に記載の実施地域以外に居住する方は、別途、中山間地域等提供体制加算(基本料金①通所リハビリテーションⅡに5%)が上乗せされます。
- ※ 介護度が変わった場合は、該当するランクに当てはめてください。
- ※ 減免措置(利用者負担軽減制度・高額介護サービス費制度)
世帯の状況や所得額によって、自己負担額の減額や免除が受けられる場合があります
詳しくは、福井市介護保険担当課にお問い合わせください。
- ※ 社会福祉事業法第2条3項に基づいて、施設療養費(利用料を含む)の負担が困難な利用者に施設療養費の一部又は全部を減免する規定を設けております。
- ※ 口座引落としの際、手数料(110円または165円)が利用料金に合算されます。