

【 表Ⅱ 】 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

利用料金（通所リハビリテーション）

介護予防給付対象サービスの料金

（1ヶ月あたり／円表示）

		要支援1	要支援2
保険内 (保険の1割)	基本料金	1,721	3,634
	運動器機能向上加算	225	225
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	72	144
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に 4.7% を乗じます (小数点以下四捨五入)	
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に 2.0% を乗じます (小数点以下四捨五入)	
地域区分(5級地)		一単位を 10.55円 で計算します (1円未満切捨て)	
利用者負担額合計		2,272	4,506

〔 その他の利用料金 〕

保険外（自費）1日あたり	
●食費	650円
●おやつ	70円
●日用品費	実費
●教養娯楽費	実費
その他の利用料金	
●リハビリテーションマネジメント加算 1ヶ月	330円
●生活行為向上リハビリテーション実施加算	
3ヶ月以内	900円/月
3ヶ月～6ヶ月	450円/月
●栄養改善加算 1ヶ月につき	150円
●口腔機能向上加算 1ヶ月につき	150円
※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)	
紙オムツ60円	パット30円
洗濯代(1枚)	
上着・バスタオル等	100円
下着・タオル等	50円
外食代	実費
※その他、日常生活上必要となる諸費用については実費負担となります。	
例：電話代・コピー・写真代など	
※ご家族・ご本人の個人的な理由により当施設職員同伴の外出を行なった場合は実費負担となります。	

ゲスト食料金（付添い者等）
昼食 …… 520円
※ 上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、料金については、厚労省令、その他の通知等により変更することがあります。
※ 特定介護利用者負担額減額認定証または介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、施設独自の減免制度がありますのでご相談下さい。

【 表Ⅱ 】 介護老人保健施設ナーシングホームかたくり

利用料金（通所リハビリテーション）

介護予防給付対象サービスの料金

（1ヶ月あたり／円表示）

		要支援1	要支援2
保険内 (保険の2割)	基本料金	3,442	7,268
	運動器機能向上加算	450	450
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	144	288
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に 4.7% を乗じます (小数点以下四捨五入)	
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に 2.0% を乗じます (小数点以下四捨五入)	
地域区分(5級地)		一単位を 10.55円 で計算します (1円未満切捨て)	
利用者負担額合計		4,543	9,011

〔 その他の利用料金 〕

保険外（自費）1日あたり	
●食費	650円
●おやつ	70円
●日用品費	実費
●教養娯楽費	実費
その他の利用料金(1割負担)	
●リハビリテーションマネジメント加算 1ヶ月	330円
●生活行為向上リハビリテーション実施加算	
3ヶ月以内	900円/月
3ヶ月～6ヶ月	450円/月
●栄養改善加算 1ヶ月につき	150円
●口腔機能向上加算 1ヶ月につき	150円
※上記の加算にも、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)を乗じます。(地域区分5級地で計算)	
紙オムツ60円	パット30円
洗濯代(1枚)	リハビリパンツ100円
上着・バスタオル等	100円
下着・タオル等	50円
外食代	実費
※その他、日常生活上必要となる諸費用については実費負担となります。	
例：電話代・コピー・写真代など	
※ご家族・ご本人の個人的な理由により当施設職員同伴の外出を行なった場合は実費負担となります。	

ゲスト食料金（付添い者等）
昼食 …… 520円
※ 上記の料金表は令和元年10月1日からのものです。尚、料金については、厚労省令、その他の通知等により変更することがあります。
※ 特定介護利用者負担額減額認定証または介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、施設独自の減免制度がありますのでご相談下さい。