

【忘れな草 通所リハビリテーション】サービス料金一覧(介護給付)

※この表は『円』で表示されています。

2024年6月

【1 割】

要介護度	6-7時間											
	1時間～ 2時間	2時間～ 3時間	3時間～ 4時間	4時間～ 5時間	5時間～ 6時間	6時間～ 7時間	サービス提供体制強 化加算Ⅱ	リハビリテーション提 供体制加算4	入浴介助加算	介護職員特定 処遇改善加算 7.6%	食費	1日合計 (食費込み)
要介護1	381	396	502	571	643	739	19	25	41	63	700	1,587
要介護2	411	453	584	663	762	878	19	25	41	73	700	1,736
要介護3	443	514	664	754	880	1,013	19	25	41	83	700	1,881
要介護4	473	573	768	872	1020	1,175	19	25	41	96	700	2,056
要介護5	507	632	870	989	1157	1,333	19	25	41	108	700	2,226

【2 割】

要介護度	6-7時間											
	1時間～ 2時間	2時間～ 3時間	3時間～ 4時間	4時間～ 5時間	5時間～ 6時間	6時間～ 7時間	サービス提供体制強 化加算Ⅱ	リハビリテーション提 供体制加算4	入浴介助加算Ⅰ	介護職員特定 処遇改善加算 7.6%	食費	1日合計 (食費込み)
要介護1	762	792	1,004	1,142	1,286	1,478	38	50	83	125	700	2,474
要介護2	822	906	1,168	1,326	1,524	1,756	38	50	83	146	700	2,773
要介護3	886	1,028	1,328	1,508	1,760	2,026	38	50	83	167	700	3,064
要介護4	946	1,146	1,536	1,744	2,040	2,350	38	50	83	192	700	3,413
要介護5	1,014	1,264	1,740	1,978	2,314	2,666	38	50	83	216	700	3,753

【3 割】

要介護度	6-7時間											
	1時間～ 2時間	2時間～ 3時間	3時間～ 4時間	4時間～ 5時間	5時間～ 6時間	6時間～ 7時間	サービス提供体制強 化加算Ⅱ	リハビリテーション提 供体制加算4	入浴介助加算Ⅰ	介護職員特定 処遇改善加算 7.6%	食費	1日合計 (食費込み)
要介護1	1,143	1,188	1,506	1,713	1,929	2,217	56	74	124	188	700	3,359
要介護2	1,233	1,359	1,752	1,989	2,286	2,634	56	74	124	219	700	3,807
要介護3	1,329	1,542	1,992	2,262	2,640	3,039	56	74	124	250	700	4,243
要介護4	1,419	1,719	2,304	2,616	3,060	3,525	56	74	124	287	700	4,766
要介護5	1,521	1,896	2,610	2,967	3,471	3,999	56	74	124	323	700	5,276

※介護給付対象分につきましては春日井市の地区単価(6級地)『1単位=10.33円』で計算しています。

※リハビリの状況等により下記の加算が算定される場合があります。(詳細については支援相談員、担当のケアマネージャーにお問い合わせください。)

加算項目	1割	2割	3割
短期集中個別リハビリテーション実施加算	114円	227円	341円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	248円	496円	744円
退院時共同指導加算	620円	1240円	1859円

【その他】・食事のキャンセルについて：当日のAM10:00までにお休みのご連絡がない場合キャンセル料として700円をご負担いただきます。

・紙おむつ ① 尿取りパット 50円/枚 ② フラットセミナイト 100円/枚 ③ テープ止めおむつ 150円/枚 ④ リハビリパンツ 200円/枚

【忘れな草 通所リハビリテーション】サービス料金一覧(予防給付)

※この表は『円』で表示されています。

2024年6月

【1 割】

要介護度	介護保険給付対象分			介護保険外	1か月の合計 (介護保険分)	1か月の合計 (食費込み)	12か月超減算 (1か月)	12か月超減算対象の場 合の1か月分の合計 (食費込み)
	介護予防通所 リハビリテーション費 (1か月)	サービス提供体制 強化加算Ⅱ (1か月)	介護職員特定 処遇改善加算 7.6%(1か月)	食費(日)				
要支援1	2,343	74	184	700	2,601	月9回利用の場合 6,101円	-124	月5回利用の場合 5,977円
要支援2	4,368	149	343	700	4,860	月9回利用の場合 11,161円	-248	月9回利用の場合 10,913円

【2 割】

要介護度	介護保険給付対象分			介護保険外	1か月の合計 (介護保険分)	1か月の合計 (食費込み)	12か月超減算 (1か月)	12か月超減算対象の場 合の1か月分の合計 (食費込み)
	介護予防通所 リハビリテーション費 (1か月)	サービス提供体制 強化加算 (1か月)	介護職員特定 処遇改善加算 7.6%(1か月)	食費(日)				
要支援1	4,686	149	367	700	5,202	月9回利用の場合 8,702円	-248	月5回利用の場合 8,454円
要支援2	8,735	298	687	700	9,720	月9回利用の場合 16,022円	-496	月9回利用の場合 15,526円

【3 割】

要介護度	介護保険給付対象分			介護保険外	1か月の合計 (介護保険分)	1か月の合計 (食費込み)	12か月超減算 (1か月)	12か月超減算対象の場 合の1か月分の合計 (食費込み)
	介護予防通所 リハビリテーション費 (1か月)	サービス提供体制 強化加算 (1か月)	介護職員特定 処遇改善加算 7.6%(1か月)	食費(日)				
要支援1	7,029	223	551	700	7,803	月9回利用の場合 11,303円	-372	月5回利用の場合 10,931円
要支援2	13,103	446	1030	700	14,579	月9回利用の場合 20,882円	-744	月9回利用の場合 20,138円

※介護給付対象分につきましては春日井市の地区単価(6級地)『1単位=10.33円』で計算しています。

※介護予防通所リハビリテーション費・各加算については 月額となります。

食費につきましては利用された回数での請求となります。

※詳細については支援相談員、担当のケアマネージャーにお問い合わせください。

【その他】

・食事のキャンセルについて : 当日のAM10:00までにお休みのご連絡がない場合キャンセル料として700円をご負担いただきます。

・オムツ代 : ① 尿取りパット 50円/枚 ② フラットセミナイト 100円/枚 ③ テープ止めおむつ 150円/枚 ④リハビリパンツ 200円/枚