

**【加算】**

通所リハビリテーション				
サービス	介護報酬 (単位)	負担割合 【1割】 (円)	負担割合 【2割】 (円)	負担割合 【3割】 (円)
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算Ⅰ	40/日	43	86	128
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算Ⅱ	60/日	64	128	192
<input type="checkbox"/> リハビリマネジメント加算Ⅰ	560/月(6ヶ月以内)	597	1,194	1,791
	240/月(6ヶ月超)	256	512	768
<input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算	20/日	22	43	64
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算1(3-4)	12/日	13	26	39
<input type="checkbox"/> リハビリテーション提供体制加算5(7-8)	28/日	30	60	90
<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション加算 (退院3ヶ月以内)	110/日	118	235	352
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250/月 (6ヶ月以内)	1,333	2,665	3,998
<input type="checkbox"/> 移行支援加算	12/日	13	26	39
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	40/月	43	86	128
<input type="checkbox"/> 重度療養管理加算	100/日	107	214	320
<input type="checkbox"/> サービス提供体制加算Ⅲ	6/日	7	13	19
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	600/回	640	1,280	1,919
<input type="checkbox"/> 処遇改善加算Ⅱ	-/月	利用月の介護報酬総単位数の 1000分の83に相当する単位		

●1日の料金合計<概算>

円

●1ヶ月の料金合計<概算>

円

※基本額と加算額を足した場合、上記の個々の合計と実際の合計単位から計算した負担額に端数の差が出る事があります。

◎施設利用料

項目	金額	
昼食費	714円	【利用日のお休みについて】 前日12時までにご連絡下さい。 12時以降のご連絡でお休みの場合は食事代とおやつ代の全額 (キャンセル料)をご負担して頂きます。
おやつ代	118円	
行事費	実費	特別行事を行った場合(事前連絡あり)

上記の通り、料金の説明を了承しました。

西暦 年 月 日

氏名 印