

令和3年4月1日
基準型通所サービス

リハケアセンター都城

(介護保険事業者番号4570201873)

利用料金表

1、皆様にお支払い頂くもの

基準型通所サービス		
要介護度	算定頻度	金額
事業対象者・要支援1	1ヶ月	1,672円
事業対象者・要支援2	1ヶ月	3,428円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護職員の総数うち介護福祉士の占める割合が百分の五十以上(50%以上)である場合、上記金額にサービス提供体制強化加算を合わせて徴収させていただきます。		
事業対象者・要支援1	1ヶ月	72円
事業対象者・要支援2	1ヶ月	144円

※いずれにも必要な方に対して送迎、入浴が含まれます。

※新型コロナウイルス感染症対策として、令和3年9月30日までの期間において基本報酬×0.1%とさせていただきます。

2、対象となる方にお支払い頂くもの

加算項目	算定頻度	金額
運動器の機能向上	1ヶ月	225円
事業所評価加算	1ヶ月	120円

※事業所評価加算は選択的サービス(運動器機能向上等)を行う事業所において、効果的なサービスの提供により要支援状態の維持・改善の割合が一定以上であったと評価され、市町村より事業所評価加算算定基準に適合した事業所として通知を頂いています。

※但し1年更新につき、維持・改善の割合によって加算の有無が決まります。変更となった際にはその都度ご説明させていただきます。

3、皆様にお支払い頂くもの（介護職員処遇改善加算）

(月額)

介護職員処遇改善加算	
介護職員の賃金改善や賃金改善以外の処遇改善、キャリアパス介護職員の育成)に取り組んでいる事業所に対する加算となります。	
介護職員 処遇改善 加算 (Ⅰ)	通所介護サービス（上記1～2）の 介護報酬総単位数の 5.9%
介護職員 処遇改善 加算 (Ⅱ)	通所介護サービス（上記1～2）の 介護報酬総単位数の 4.3%
介護職員 処遇改善 加算 (Ⅲ)	通所介護サービス（上記1～2）の 介護報酬総単位数の 2.3%

※介護職処遇改善加算に関しては、体制に応じて算定項目変更となる場合がございますが、その際は、その都度ご説明させていただきます。

4、その他希望者のみお支払い頂くもの

お弁当代	1日	440円
紙おむつ代	原則的に個人で持参していただきますが、事業所の紙おむつを使用された場合は自己負担となります。	実費
その他の日常生活費	個人の選択により、使用される費用は、自己負担となります。その際は、事前にご案内し同意の上で実費をご負担いただきます。 (例) 催し物の参加費など	実費

5、その他

※利用料金表は1割負担の料金が表示されています。また、一定以上所得者の介護保険負担割合見直しに伴い、保険給付サービス利用料の自己負担については、介護保険負担割合証で確認させていただきます。