

介護予防通所リハビリテーション（通常規模事業所4～6時間）

[1単位：10.55円]

介護度	単位/月	1割負担額/月	2割負担額/月	3割負担額/月
要支援1	2,053	2,166円	4,332円	6,498円
要支援2	3,999	4,219円	8,438円	12,657円

☆上記の金額の他にかかる費用（実費）の日額

食費/日	日用費等
600円	実費相当額

☆利用者全員および対象者にかかる加算（費用）

項目	単位/月	1割負担額	2割負担額	3割負担額
運動器機能向上加算	225	238円	475円	713円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	159円	317円	475円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	169円	338円	507円
生活行為向上 リハビリテーション実施加算 ※6月以内	562	593円	1,186円	1,779円

202104

※1単位：10.55円を乗じた額の1割（2割、3割）を負担して頂くことになります。

計算方法によっては料金表の金額と若干の差額が生じることもございますので、あらかじめご了承下さい。

※食費にはおやつ費用も含まれています。

※日用品費は、ご契約者のご希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを施設が提供する場合には実費相当額となります。

※教養娯楽費は、行事及びクラブ活動の材料費として実費相当額となります。

なお、費用負担が発生する行事及びクラブ活動等への参加は、ご契約者への意思確認のうえ行います。