

■□■ 利用料のご案内 兼 同意書 ■□■
(通所リハビリテーションきりん)

■ 通所リハビリ

介護保険関係	通常規模	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	7～8時間利用	¥762	¥903	¥1,046	¥1,215	¥1,379
	サービス提供体制加算(Ⅰ)	¥22				
	移行支援加算	¥12				
	処遇改善加算(Ⅰロ)※1	111/1000				
		その他状況に応じて別途請求①				
その他	食費(日額)	¥800				
	日用品費(日額)	¥100				
		その他状況に応じて別途請求②				

※1介護保険月額合計に加算単位を乗じた額になります。

その他提供時間で利用される場合

通常規模	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間利用	¥369	¥398	¥429	¥458	¥491
2～3時間利用	¥383	¥439	¥498	¥555	¥612
3～4時間利用	¥486	¥565	¥643	¥743	¥842
4～5時間利用	¥553	¥642	¥730	¥844	¥957
5～6時間利用	¥622	¥738	¥852	¥987	¥1,120
6～7時間利用	¥715	¥850	¥981	¥1,137	¥1,290

時間を延長して利用される場合、7～8時間の利用料に下記の金額が加算されます。

8時間以上9時間未満の場合	¥50
9時間以上10時間未満の場合	¥100
10時間以上11時間未満の場合	¥150
11時間以上12時間未満の場合	¥200
12時間以上13時間未満の場合	¥250
13時間以上14時間未満の場合	¥300

◎状況に応じて別途請求①

リハビリ提供体制加算(3～4H)	¥12	リハマネ加算イ(開始日から6月以内/月)	¥560	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	¥20
リハビリ提供体制加算(4～5H)	¥16	リハマネ加算イ(開始日から6月超/月)	¥240	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	¥5
リハビリ提供体制加算(5～6H)	¥20	リハマネ加算ロ(開始日から6月以内/月)	¥593	口腔機能向上加算Ⅰ(月2回を限度)	¥150
リハビリ提供体制加算(6～7H)	¥24	リハマネ加算ロ(開始日から6月超/月)	¥273	口腔機能向上加算Ⅱイ(月2回を限度)	¥155
リハビリ提供体制加算(7H以上)	¥28	リハマネ加算ハ(開始日から6月以内/月)	¥793	口腔機能向上加算Ⅱロ(月2回を限度)	¥160
入浴介助加算Ⅰ	¥40	リハマネ加算ハ(開始日から6月超/月)	¥473	重度療養管理加算(1日につき)	¥100
入浴介助加算Ⅱ	¥60	リハマネ加算4	¥270	科学的介護推進体制加算(月額)	¥40
短期集中個別リハ加算	¥110	栄養アセスメント加算/月	¥50		
生活行為向上リハ実施加算(開始日から6月/月)	¥1,250	栄養改善加算(月2回限度)	¥200		
若年性認知症受入加算	¥60	退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	¥600		

※ リハビリテーション提供体制加算は提供時間により金額が異なります。

(裏面に続く)

■ 介護予防通所リハビリ

介護保険関係	通常規模	支援1	支援2
	予防通所リハビリテーション(月額)	¥2,268	¥4,228
	サービス提供体制加算(Ⅰ)(月額)	¥88	¥176
	事業所評価加算(月額)	¥120	
	処遇改善加算(Ⅰ口)※1	111/1000	
	その他状況に応じて別途請求①		
その他	食費(日額)	¥800	
	日用品費(日額)	¥100	
	その他状況に応じて別途請求 ②		

◎状況に応じて別途請求①

生活行為向上加算(開始日から6月以内)	¥562	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	¥20	一体的サービス提供加算	¥480
若年性認知症受入加算	¥240	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	¥5	科学的介護推進体制加算(月額)	¥40
栄養アセスメント(月額)	¥50	口腔機能向上加算Ⅰ(月額)	¥150		
栄養改善加算(月額)	¥200	口腔機能向上加算Ⅱ(月額)	¥160		
退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	¥600				

○ その他利用料(状況に応じて別途請求②)

当日キャンセル料	¥800	(当日キャンセル、昼食前の早退の場合、食費相当分を徴収いたします。)
おむつ代	実費	(施設で準備しているおむつを使用された場合に徴収いたします。)
理美容代	実費	(サービス内容によって異なりますが、¥1,000～¥4,500 程度徴収いたします。)
嗜好品	実費	(提供するものによって異なりますが、¥50 ～ ¥250 程度徴収いたします。)

○日用品費について

日用品に含まれるもの おしぼり、ペーパータオル、ティッシュ、ドリンク代	
日用品(日額100円)の利用を	☐ 希望する ☐ 希望しない
行事食の利用を(A:300円 B:200円)	☐ 希望する ☐ 希望しない
紙での請求、領収書の発行を	☐ 希望する ☐ 希望しない

※ 紙での請求書を希望される場合は郵送手数料300円を毎月請求させていただきます。

※ 介護保険加算関係について、不明な点がございましたら担当相談員へお尋ねください。

※ 掲載しております金額は、令和8年8月1日現在の1割負担の金額となっており利用者ごとに定められた負担割合に応じて金額が変動します。

上記について説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者

代 筆

代筆理由