

オアシス宇佐通所リハビリテーション(デイケア)利用料金表

1割負担金

★ 6時間以上7時間未満の利用料金詳細 ★

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	710円	844円	974円	1,129円	1,281円
入浴介助加算	40円				
食事代(昼食)	500円				
1回の基本利用負担額	1,250円	1,384円	1,514円	1,669円	1,821円

※1回の基本利用負担額は、すべての加算・サービスを受けた場合の参考値です。

※送迎を行わない場合は、片道につき47円減額されます。

※6時間以上7時間未満の形態以外の所要時間希望についてもご相談下さい。詳細をご説明致します。

★ リハビリテーション加算詳細 ★

短期集中リハビリ加算	起算日より3ヶ月まで	110円/回
リハビリテーションマネジメント加算(A)11	同意日の属する月から6月以内	560円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)12	同意日の属する月から6月超	240円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)21	同意日の属する月から6月以内	593円/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)22	同意日の属する月から6月超	273円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)11	同意日の属する月から6月以内	830円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)12	同意日の属する月から6月超	510円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)21	同意日の属する月から6月以内	863円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)22	同意日の属する月から6月超	543円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	1月に2回まで、3月の期間。その後は評価結果に応じて	150円/回
口腔機能向上加算Ⅱ	1月に2回まで、3月の期間。その後は評価結果に応じて	160円/回
栄養改善加算	1月に2回まで	200円/日
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	20円/回
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	5円/回
科学的介護推進体制加算		40円/月
重度療養管理加算		100円/月
サービス提供体制加算Ⅰ		22円/回
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	基本料金に各種加算を反映した1ヶ月間の総単位数の3.4%の料金	
通所リハ特定改善加算(Ⅰ)	基本料金に各種加算を反映した1ヶ月間の総単位数の2%の料金	
介護職員等ベースアップ加算	基本料金に各種加算を反映した1ヶ月間の総単位数の1%の料金	

※ご利用対象者については、ご相談下さい。詳細をご説明致します。

★ お支払方法

- ・お支払方法は、現金、金融機関口座引き落としの2方法があります。利用契約時にお選び下さい。
- ・毎月10日までに前月分の請求書を発行致しますので、当月の20日までにお支払下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。(利用日毎に清算する方法としても可)

★ ご利用手続きで必要なもの

- ① 通所利用契約書、重要事項説明に対する同意書(施設にて準備しております。)
- ② 印鑑
- ③ 介護保険被保険者証
- ④ 後期高齢者医療被保険者証
- ⑤ 身体障害者手帳(取得者のみ)