

介護老人保健施設和泉の澤 通所リハビリテーション

利用料金のご案内

大規模型通所リハビリテーションⅢ(特例)、地域加算10.17、自己負担1割の場合 (非課税、単位円)

基本 サービス費	要支援1 (月)	要支援2 (月)	要介護1 (日)	要介護2 (日)	要介護3 (日)	要介護4 (日)	要介護5 (日)
1～2時間	2,307	4,300	376	405	437	466	500
2～3時間			390	447	507	565	623
3～4時間			495	575	654	756	857
4～5時間			563	653	743	859	974
5～6時間			633	751	867	1,004	1,139
6～7時間			728	865	998	1,157	1,312
7～8時間			775	919	1,064	1,236	1,403

(非課税、単位円)

リハビリテーション提供体制加算

※要介護、3時間以上の利用時に加算されます。

3～4時間	13	4～5時間	17	5～6時間	21
6～7時間	25	7～8時間	29		

(非課税、単位円)

食費

昼食 ※1回あたり	520	おやつ ※1回あたり	100
-----------	-----	------------	-----

(非課税、単位円)

日常生活品費

日用品・教養娯楽費	石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、おしぼり、遊具等	100
-----------	-----------------------------	-----

要介護2、週2回(月9回)、6～7時間利用した場合(1割負担)

1日あたり1,610円にて、月額14,490円となります。(自己負担1割)

↓

(基本サービス費865 + リハ加算25 + 食費520 + おやつ100 + 生活費100)

※個別で算定する加算が別途必要となります。あくまでも目安として参考にしてください。

お問い合わせ先

介護老人保健施設和泉の澤 通所リハビリテーション

電話番号(直通) 0948-92-0740

