

【別紙】

南砺市民病院 介護予防通所リハビリテーション利用料金表

(1)《介護保険法による一部負担金の額》

基本料金 (円)			
介護度	1ヵ月につき	1ヵ月につき (利用開始月より12月超) 減算無し	1ヵ月につき (利用開始月より12月超) 減算
要支援1	2,268	2,268	2,148
要支援2	4,228	4,228	3,988

加算料金 (円)	
内容	1ヶ月につき
栄養改善加算	200
口腔機能向上加算 I	150
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160
科学的介護推進体制加算	40
一体的サービス提供加算	480
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5単位/回 (6ヶ月に1回を限度)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88(支援1)
	176(支援2)

* 介護保険負担割合が2割の方は、上記利用料金が倍になります。
(H30.8月からは、1割～3割)です。

(2)《保険適用外料金》

内容	(税込)	(円)
	金額	備考
食費(食材費及び調理費)	720	1食につき
材料費・行事費	実費	
文房具代	実費	
オムツ(1枚) 税込	13	アテント安心パッド
	98	アテントテープ止め
	78	アテントうす型すっきりパンツ

ご利用料金は(1)と(2)の合計金額となります

令和6年6月から適用