

【地域密着型通所介護】 要介護の方

*1日につき（提供時間5時間以上6時間未満）

介護度	基本単位数	金額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要介護1	655	6,844	684	1,368	2,052
要介護2	773	8,077	807	1,614	2,421
要介護3	893	9,331	933	1,866	2,799
要介護4	1,010	10,554	1,055	2,110	3,165
要介護5	1,130	11,808	1,180	2,360	3,540

1単位あたり10.45円

（提供時間6時間以上7時間未満）

介護度	基本単位数	金額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要介護1	676	7,064	706	1,412	2,118
要介護2	798	8,339	833	1,666	2,499
要介護3	922	9,634	963	1,926	2,889
要介護4	1,045	10,920	1,092	2,184	3,276
要介護5	1,168	12,205	1,220	2,440	3,660

*基本単位数に、ご利用に応じて下記の加算が追加されます

- *入浴介助加算（Ⅰ） 40単位 サービス実施時のみ
【状態により、（Ⅱ）55単位の場合もあります】
- *個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位 利用ごとに請求
- *個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位 1ヶ月につき
- *サービス提供体制加算（Ⅱ） 18単位 利用ごとに請求
- *科学的介護推進体制加算 40単位 1ヶ月につき
- *処遇改善加算【Ⅰ】
（全ての利用者が対象）⇒当月の利用単位数に5.9%を乗じた単位数
- *介護職員等特定処遇加算【Ⅰ】
（全ての利用者が対象）⇒当月の利用単位数に1.2%を乗じた単位数
- *介護職員等ベースアップ等支援加算
（全ての利用者が対象）⇒当月の利用単位数に1.1%を乗じた単位数

【実費負担】

※お休みのご連絡が、当日9:00以降の場合は
 お食事代が発生いたしますので、ご注意ください。

*食事代・・・ 650円(食事された方のみ)

*おやつ＋コーヒー代・・・ 180円 (食事された方のみ)
 その他の飲み物(緑茶・麦茶・レモン水)は無料で提供飲み物の持参も可能です。

*リハビリパンツ代 200円(使用時)
 パット代 100円(使用時) 必要な方は、替えをご持参ください。

事業所番号：2893300505

リハビリデイそら新伊丹

TEL : 072-767-6113
 FAX : 072-767-6114

