

＜ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

| 項 目 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------------------------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|
| サービス費(通常規模型1～2時間) | 387 | 417 | 450 | 480 | 514 |
| (通常規模型2～3時間) | 401 | 460 | 522 | 582 | 642 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| 理学療法士等体制強化加算 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| ①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 | 3,764 | 4,027 | 4,309 | 4,572 | 4,864 |
| (2時間を超えてご利用の場合) | 3,890 | 4,400 | 4,927 | 5,445 | 5,963 |

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

| 加算項目の名称 | 1回当り | 備 考 |
|-----------------------|------|-------------------------------|
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 125 | 退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内 |
| 栄 養 改 善 加 算 | 227 | 月2回限度 |
| 口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ) | 171 | 月2回限度 |
| 口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ) | 183 | 月2回限度 |
| 移 行 支 援 加 算 | 14 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 25 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 7 | |
| 栄 養 ア セ ス メ ン ト 加 算 | 57 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 46 | 1月につき |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)イ | 637 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 273 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ | 675 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 311 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)イ | 944 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 580 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ | 982 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 618 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 23 | 6ヶ月に1回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 6 | 6ヶ月に1回限度 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | -53 | 片道につき |

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

③キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1～2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 387円

④その他の別途料金(課税)

| 項 目 | 料 金 | |
|-------------------------|--------|-------|
| 地 域 外 送 迎 | 10km未満 | 825 |
| | 10km以上 | 1,650 |
| 複 写 物 の 交 付 (1 枚 当 り) | 22 | |
| 特別なレクリエーションに参加された場合 | 実費 | |

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

＜ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

| 項 目 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------------------------|---------------------------|-------|-------|--------|--------|
| サービス費(通常規模型1～2時間) | 773 | 834 | 899 | 960 | 1,028 |
| (通常規模型2～3時間) | 802 | 920 | 1,043 | 1,163 | 1,283 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 |
| 理学療法士等体制強化加算 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| ①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 | 7,527 | 8,054 | 8,618 | 9,143 | 9,727 |
| (2時間を超えてご利用の場合) | 7,780 | 8,799 | 9,854 | 10,890 | 11,926 |

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

| 加算項目の名称 | 1回当り | 備 考 |
|-----------------------|-------|-------------------------------|
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 249 | 退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内 |
| 栄養改善加算 | 454 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 342 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 365 | 月2回限度 |
| 移行支援加算 | 28 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 49 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 13 | |
| 栄養アセスメント加算 | 114 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 91 | 1月につき |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)イ | 1,273 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 545 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ | 1,349 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 621 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)イ | 1,887 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 1,159 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ | 1,963 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 1,235 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 45 | 6ヶ月に1回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 11 | 6ヶ月に1回限度 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | -106 | 片道につき |

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

③キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1～2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 773円

④その他の別途料金(課税)

| 項 目 | 料 金 | |
|---------------------|--------|-------|
| 地域外送迎 | 10km未満 | 825 |
| | 10km以上 | 1,650 |
| 複写物の交付(1枚当り) | 22 | |
| 特別なレクリエーションに参加された場合 | 実費 | |

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

＜ソレイユ 指定通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表＞

利用者負担割合 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額の目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

| 項 目 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|
| サービス費(通常規模型1～2時間) | 1,159 | 1,251 | 1,349 | 1,440 | 1,542 |
| (通常規模型2～3時間) | 1,203 | 1,380 | 1,564 | 1,744 | 1,925 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 |
| 理学療法士等体制強化加算 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定 | | | | |
| ①週2回、月8回ご利用時の1ヶ月当りの自己負担額 | 11,290 | 12,081 | 12,926 | 13,714 | 14,591 |
| (2時間を超えてご利用の場合) | 11,670 | 13,198 | 14,781 | 16,335 | 17,889 |

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

| 加算項目の名称 | 1回当り | 備 考 |
|-----------------------|-------|-------------------------------|
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 374 | 退所・退院日または新たに要介護認定を受けた日から3ヶ月以内 |
| 栄養改善加算 | 681 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 513 | 月2回限度 |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 548 | 月2回限度 |
| 移行支援加算 | 42 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 73 | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 19 | |
| 栄養アセスメント加算 | 171 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 136 | 1月につき |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)イ | 1,909 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 817 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ | 2,023 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 931 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)イ | 2,830 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 1,738 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ | 2,944 | 同意日の属する月から6ヶ月以内 1ヶ月当り |
| | 1,852 | 同意日の属する月から6ヶ月超 1ヶ月当り |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 67 | 6ヶ月に1回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 16 | 6ヶ月に1回限度 |
| 事業所が送迎を行わない場合 | -159 | 片道につき |

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

③キャンセル料(不課税)

利用日前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

上記の基本サービス費の自己負担額相当分

(例)要介護1の方で1～2時間ご利用の方の場合

基本サービス費 1,159円

④その他の別途料金(課税)

| 項 目 | 料 金 | |
|---------------------|--------|-------|
| 地域外送迎 | 10km未満 | 825 |
| | 10km以上 | 1,650 |
| 複写物の交付(1枚当り) | 22 | |
| 特別なレクリエーションに参加された場合 | 実費 | |

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

<ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

| 項 目 | 要支援1 | 要支援2 |
|--------------------|---------------------------|-------|
| 介護予防通所リハビリテーション費 | 2,166 | 4,219 |
| 運動器機能向上加算 | 238 | 238 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 76 | 152 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定 | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定 | |
| ①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り) | 2,671 | 4,963 |

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

| 加算項目の名称 | 1ヶ月当り | 備 考 |
|-------------------|-------|----------|
| 事業所評価加算 | 136 | |
| 栄養改善加算 | 227 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 171 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 183 | 1月につき |
| 選択サービス複数実施加算(Ⅰ) | 547 | |
| 選択サービス複数実施加算(Ⅱ) | 796 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 23 | 6ヶ月に1回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 6 | 6ヶ月に1回限度 |
| 栄養アセスメント加算 | 57 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 46 | 1月につき |
| 介護予防通所リハ減算 要支援1 | -23 | |
| 介護予防通所リハ減算 要支援2 | -46 | |

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

③その他の別途料金(課税)

| 項 目 | 料金 | |
|---------------------|--------|-------|
| 地域外送迎 | 10km未満 | 825 |
| | 10km以上 | 1,650 |
| 複写物の交付(1枚当り) | 22 | |
| 特別なレクリエーションに参加された場合 | 実費 | |

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

<ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

| 項 目 | 要支援1 | 要支援2 |
|--------------------|---------------------------|-------|
| 介護予防通所リハビリテーション費 | 4,332 | 8,438 |
| 運動器機能向上加算 | 475 | 475 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 152 | 304 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定 | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定 | |
| ①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り) | 5,341 | 9,926 |

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

| 加算項目の名称 | 1ヶ月当り | 備 考 |
|-------------------|-------|----------|
| 事業所評価加算 | 272 | |
| 栄養改善加算 | 454 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 342 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 365 | 1月につき |
| 選択サービス複数実施加算(Ⅰ) | 1,093 | |
| 選択サービス複数実施加算(Ⅱ) | 1,591 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 45 | 6ヶ月に1回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 11 | 6ヶ月に1回限度 |
| 栄養アセスメント加算 | 114 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 91 | 1月につき |
| 介護予防通所リハ減算 要支援1 | -45 | |
| 介護予防通所リハ減算 要支援2 | -91 | |

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

③その他の別途料金(課税)

| 項 目 | 料金 | |
|---------------------|--------|-------|
| 地域外送迎 | 10km未満 | 825 |
| | 10km以上 | 1,650 |
| 複写物の交付(1枚当り) | 22 | |
| 特別なレクリエーションに参加された場合 | 実費 | |

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

<ソレイユ 指定介護予防通所リハビリテーション ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

| 項 目 | 要支援1 | 要支援2 |
|--------------------|---------------------------|--------|
| 介護予防通所リハビリテーション費 | 6,498 | 12,657 |
| 運動器機能向上加算 | 712 | 712 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 228 | 456 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(4.7%)を乗じた単位数で算定 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 合計単位数に加算率(2.0%)を乗じた単位数で算定 | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 合計単位数に加算率(1.0%)を乗じた単位数で算定 | |
| ①上記項目の自己負担額(1ヶ月当り) | 8,011 | 14,889 |

【その他の利用料金】

②加算項目に該当した場合のご利用者負担額(非課税)

| 加算項目の名称 | 1ヶ月当り | 備 考 |
|-------------------|-------|----------|
| 事業所評価加算 | 408 | |
| 栄養改善加算 | 681 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ) | 513 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 548 | 1月につき |
| 選択サービス複数実施加算(Ⅰ) | 1,640 | |
| 選択サービス複数実施加算(Ⅱ) | 2,387 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 67 | 6ヶ月に1回限度 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 16 | 6ヶ月に1回限度 |
| 栄養アセスメント加算 | 171 | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 136 | 1月につき |
| 介護予防通所リハ減算 要支援1 | -67 | |
| 介護予防通所リハ減算 要支援2 | -136 | |

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

③その他の別途料金(課税)

| 項 目 | 料金 | |
|---------------------|--------|-------|
| 地域外送迎 | 10km未満 | 825 |
| | 10km以上 | 1,650 |
| 複写物の交付(1枚当り) | 22 | |
| 特別なレクリエーションに参加された場合 | 実費 | |

※ご利用の場合に限り、ご請求いたします。

(注)

- ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
- ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
- ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。