

■ 通所リハビリテーション費

要介護度	施設サービス費			サービス提供体制強化加算 (I)			入浴介助			教養娯楽費	1日あたり		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担		1割負担	2割負担	3割負担
1	670円	1,340円	2,001円	18円	36円	54円	50円	100円	150円	50円	788円	1,526円	2,255円
2	801円	1,602円	2,391円								919円	1,788円	2,645円
3	929円	1,858円	2,772円								1,047円	2,044円	3,026円
4	1,081円	2,162円	3,228円								1,199円	2,348円	3,482円
5	1,231円	2,462円	3,675円								1,349円	2,648円	3,929円

・送迎費用はサービス費に含まれます。

■ 加算事項

加算項目	加算内容	1割負担	2割負担	3割負担
○介護職員処遇改善加算 (II)	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に3.4%を乗じた金額			
○介護職員等特定処遇改善加算 (I)	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.0%を乗じた金額			
○リハビリマネージメント加算 (I)	リハビリ計画・評価・見直し等をし、週1回以上実施の場合	330円/月	660円/月	990円/月

(以下の項目は対象の方のみ加算されます)

○短期集中リハビリテーション加算	退院・退所後又は認定日3ヶ月以内に個別にリハビリを実施した場合	110円/日	220円/日	330円/日
○認知症短期集中リハビリテーション加算 (I)	退院・退所後又は通所開始日から起算して3ヶ月以内に個別にリハビリを実施した場合	240円/日	480円/日	720円/日
○リハビリテーション提供体制加算	リハビリマネージメント加算を算定しており、理学療法士等が25またはその端を増すごとに1名以上配置している場合	24円/日	48円/日	72円/日
○若年性認知症利用者受け入れ加算	65歳未満の認知症の方を受け入れた場合	60円/日	120円/日	180円/日
○重度療養管理加算	介護度3~5の利用者に対し、計画的な医学的管理のもとリハビリを行った場合	110円/日	220円/日	330円/日
○中重度者ケア体制加算	介護度3~5の利用者が30%以上で看護師1名以上の配置している場合	20円/日	40円/日	60円/日

■ 其他のご利用料金 (実費)

○教養娯楽費	1回あたりの教養娯楽費	50円/回
*食費 (昼食・おやつ含む)	1回あたりの食事代	610円/回

■ 介護予防通所リハビリテーション費

要支援度	施設サービス費			サービス提供体制強化加算 (I)			1ヶ月当たり		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1721円/月	3442円/月	5163円/月	36円/月	72円	144円	1,757円	3,514円	5,307円
要支援2	3634円/月	7268円/月	10902円/月	72円/月	144円	288円	3,706円	7,412円	11,190円

・送迎、入浴費用はサービス費に含まれます。

■ 加算事項

○介護職員処遇改善加算 (II)	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に1.9%を乗じた金額			
○介護職員等特定処遇改善加算 (I)	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.0%を乗じた金額			
○リハビリマネージメント加算 (I)	リハビリ計画・評価・見直し等をし、週1回以上実施の場合	330円/月	660円/月	990円/月

■ 其他のご利用料金

○教養娯楽費	1回あたりの教養娯楽費	20円/回
*食費 (昼食・おやつ含む)	1回あたりの食事代	610円/回



通所利用申込書

フリガナ 利用希望者 氏名	⑩	性 別	男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日	生まれ	歳
住所	〒 -			TEL - -					
利用申込者 氏名	⑩	利用希望者 との続柄							
住所	〒 -			TEL - -					
第一連絡先	(氏名)			(続柄)	(TEL)自宅 携帯				
	(住所) 〒 -								
第二連絡先	(氏名)			(続柄)	(TEL)自宅 携帯				
	(住所) 〒 -								
利用希望 理由 (該当理由へ☑)	<input type="checkbox"/> 在宅介護が困難なため… <input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が病弱 <input type="checkbox"/> 家屋状況が悪い <input type="checkbox"/> 機能回復訓練を受けるため… <input type="checkbox"/> 病院退院後の継続 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 福祉施設待機 <input type="checkbox"/> その他 ()								
参考事項	<input type="checkbox"/> 利用希望回数 (1 2 3 何回でもよい)								
	<input type="checkbox"/> 曜日が決まっている 月・火・水・木・金・土 (第一希望○、第二希望△で記入)								
	<input type="checkbox"/> 曜日はいつでもよい								
要介護度 認定日 認定期間	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			障害者 手帳	・ある ・ない ・申請予定 種別: (種 級)				
	平成 年 月 日 平成 年 月 日～平成 年 月 日								
生計維持者	・本人 ・配偶者 ・その他()			血液型	A・B・O・AB 型				
家族構成	氏名	年齢	本人との関係	同居	職業(勤務先)				
			本人	/					
生活歴	ご兄弟: 人 番目 お子様: 人 (男 人、女 人) (どのような暮らしをしていましたか?)								
出生地	県 市・町・村			嗜好品					
職歴				趣味・特技					
結婚	有 (S.H 年)・無			食 好 喜					
宗教				事 嫌 い					

注)申込時には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・内服薬情報(薬手帳・説明書等)・印鑑をご持参ください。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 … <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()			
	かかりつけ医	病院名	医師/通院状況	
	その他受診状況	病院名	医師/通院状況	
	<input type="checkbox"/> 病院・施設 ()			
病歴	入院(所)時期()		退院・退所予定時期()	
	何歳頃	病名	病院	
医療処置の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養(HP) <input type="checkbox"/> インスリン注射(HP) <input type="checkbox"/> その他 { }			
	自立	一部介助	全介助	
身体状況	視力	普通	弱視	全盲
	聴力	普通	やや難聴	難聴
	言葉	普通	少し不自由	不自由
日常生活	歩行	独歩杖 歩行器 車イス	歩行器 車椅子	歩行不可(車イス・寝たきり)
	食事	自力摂取	一部手を貸す	全介助(自力摂取不可)
活動等の状況	普通食・治療食()・経管栄養 主食:軟飯・粥・ミキサー 副食:普通・刻み・極刻み・ミキサー			
	排泄	自力可 トイレ ポータブル リハビリパンツ オムツ	ポータブル 誘導・後始末 リハビリパンツ ・オムツ	常時オムツ・全面介助
	着衣	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	入浴	入浴でき洗える	洗介助 浴槽出入り介助	全介助 特浴(リフト)清拭
	身支度	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	意思疎通	完全に通じる	ある程度通じる	まったく通じない
	褥創	なし・有り (部位 程度)		
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明			
認知度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明	HDS-R	/30	
周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 { }			
負担段階	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 … 段階			
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護(市町村:)			
介護保険サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし			
	<input type="checkbox"/> 利用有	居宅介護支援事業所	TEL 担当	
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 二階建)	<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	介護環境	・住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【改修内容】 ・介護に支障のある場所等 【】		
予防接種	季節型インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 予定(年 月)	
	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 予定(年 月)	
備考				