

リハビリ特化型デイサービス ムーブメントプロ茅ヶ崎

2024年6月1日

●事業対象者・要支援の方

1. 介護報酬に係る費用

◆第1号通所事業	該当	単位数	利用者負担			備考
			1割	2割	3割	
事業対象者・要支援1		436	456	912	1,367	1回につき
		1798	1,879	3,758	5,637	月額包括料金
要支援2		447	468	935	1,402	1回につき
		3621	3,784	7,568	11,352	月額包括料金 (利用回数8回以上)
生活機能向上グループ活動加算		100	105	209	314	1月につき
科学的介護推進体制加算		40	42	84	126	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		所定単位数 [※] の8.0%に相当する単位数				

※「所定単位数」は、基本額および各加算(介護職員等処遇改善加算を除く)の合計です。

【利用者負担額算出方法】

単位数 × 地域単価 = ○○円 (1円未満切捨て)

○○円 - [○○ × 0.9 (1円未満切捨て)] = △△円 (利用者負担額1割)

○○円 - [○○ × 0.8 (1円未満切捨て)] = △△円 (利用者負担額2割)

○○円 - [○○ × 0.7 (1円未満切捨て)] = △△円 (利用者負担額3割)

※地域単価(茅ヶ崎市、5級地の単価) = **10.45**

※介護職員等処遇改善加算の利用者負担額の計算も、上記と同様です。

2. その他の費用

【交通費】

通常の事業実施地域内の送迎は、無料です。

その範囲を越えて送迎を行う場合は、下記のとおり徴収いたします。

I 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道2キロメートル未満 0円

II 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道2キロメートル毎に 100円

【間食】

午前午後共に150円負担頂きます。

リハビリ特化型デイサービス ムーブメントプロ茅ヶ崎

2024年6月1日

●要介護の方

1. 介護報酬に係る費用

◆地域密着型通所介護		該当	単位数	利用者負担			備考
				1割	2割	3割	
基本額	要介護1		416	435	870	1,305	1回につき
	要介護2		478	500	999	1,499	
	要介護3		540	565	1,129	1,693	
	要介護4		600	627	1,254	1,881	
	要介護5		663	693	1,386	2,079	
加算	個別機能訓練加算	(I)イ	56	59	117	176	1回につき
		(I)ロ	76	80	159	239	
		(II)	20	21	42	63	1月につき
	ADL維持等加算	(I)	30	32	63	94	1月につき
		(II)	60	63	126	189	
	科学的介護推進体制加算			40	42	84	126
介護職員等処遇改善加算Ⅲ			所定単位数 [*] の8.0%に相当する単位数				

※「所定単位数」は、基本額および各加算(介護職員等処遇改善加算を除く)の合計です。

【利用者負担額算出方法】

単位数 × 地域単価 = ○○円 (1円未満切捨て)

○○円 - [○○ × 0.9 (1円未満切捨て)] = △△円 (利用者負担額1割)

○○円 - [○○ × 0.8 (1円未満切捨て)] = △△円 (利用者負担額2割)

○○円 - [○○ × 0.7 (1円未満切捨て)] = △△円 (利用者負担額3割)

※地域単価(茅ヶ崎市、5級地の単価) = 10.45

※介護職員等処遇改善加算の利用者負担額の計算も、上記と同様です。

2. その他の費用

【交通費】

通常の事業実施地域内の送迎は、無料です。

その範囲を越えて送迎を行う場合は、下記のとおり徴収いたします。

I 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道2キロメートル未満 0円

II 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道2キロメートル毎に 100円

【間食】

午前午後共に150円負担頂きます。

3. キャンセル料について

I 当日9時まで(または、お迎え予定時刻の1時間前まで)にご連絡をいただいた場合は、キャンセル料は不要です。

II 事前のご連絡がなく、迎車がご自宅に到着した場合は、1提供当りの介護保険徴収額の100%を自費請求いたします。

※ただし、急な体調悪化や入院など、特別な理由がある場合には、キャンセル料は請求いたしません。