

- 施設名称 「リハブサロン Doo (ドゥ)」 通常規模型 通所介護・介護予防通所介護相当サービス施設
- 事業所番号 1570106888
- 指定年月日 平成 19 年 1 月 11 日
- 営業時間 午前 9 : 00 ~ 午後 16 : 00 (日曜日、祝祭日、お盆、年末年始は休み)
- 料金表

1) 通所介護 ご利用料金表

ご利用料金表			
通常規模型通所介護 (サービス提供時間 7~8 時間の場合)		1 日あたりの利用料	利用者負担金 (1 割負担の場合)
基本料金	要介護度 1	6 5 8 単位	6 6 7 円
	要介護度 2	7 7 7 単位	7 8 8 円
	要介護度 3	9 0 0 単位	9 1 3 円
	要介護度 4	1, 0 2 3 単位	1, 0 3 7 円
	要介護度 5	1, 1 4 8 単位	1, 1 6 4 円

2) 加算料金表

通所介護の方 (要介護度 1 ~ 5 の方)		利用料	利用者負担金 (1 割負担の場合)
要介護度 1 ~ 5	個別機能訓練加算 (I) ロ	7 6 単位	7 7 円
	個別機能訓練加算 (II)	2 0 単位	2 0 円
	口腔機能向上加算 (II)	1 6 0 単位	1 6 2 円
	科学的介護推進体制加算	4 0 単位	4 1 円
	ADL 維持等加算 (I)	3 0 単位	3 0 円
	ADL 維持等加算 (II)	6 0 単位	6 1 円
	サービス提供体制強化加算 (I)	2 2 単位	2 2 円
	入浴介助加算 (II)	5 5 単位	5 6 円
	介護職員処遇改善加算 (I)	基本部分の 9.2%	左記額の 1 割
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	基本部分の 5%加算	左記額の 1 割

3) 介護予防通所介護相当サービス事業 ご利用料金表

介護予防通所介護相当サービス事業		料金表	利用者負担金 (1 割負担の場合)
基本料金	事業対象者 要支援 1	4 回以上の利用	1 月 1, 7 9 8 単位 1, 8 2 3 円
		3 回までの利用	1 回につき 4 3 6 単位 4 4 2 円
	事業対象者 要支援 2	8 回以上の利用	1 月 3, 6 2 1 単位 3, 6 7 2 円
		7 回までの利用	1 回につき 4 4 7 単位 4 5 3 円

4) 加算料金表

介護予防通所介護相当サービス事業 (要支援・事業対象者の方)		1 月あたりの料金表	利用者負担金 (1 割負担の場合)	
	口腔機能向上加算 (II)	1 6 0 単位	1 6 2 円	
	科学的介護推進体制加算	4 0 単位	4 1 円	
	サービス提供 体制強化加算 (I)	要支援 1	8 8 単位	8 9 円
		要支援 2	1 7 6 単位	1 7 8 円
	介護職員処遇改善加算 (I)	基本部分の 9.2%	左記額の 1 割	
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	基本部分の 5%加算	左記額の 1 割	

5) その他の料金 ※これらの料金のご利用いただいた場合にご負担いただきます。

食事料金	1 回あたり 7 3 0 円	おやつ料金	1 回あたり 1 5 0 円
その他	おむつ代、日常生活費、教養娯楽費、作業活動材料費ほか		

- 施設名称 「リハブサロン Doo (ドゥ)」 通常規模型 通所介護・介護予防通所介護相当サービス施設
- 事業所番号 1570106888
- 指定年月日 平成 19 年 1 月 11 日
- 営業時間 毎週金曜 午前 9 : 00 ~ 12 : 00、午後 13 : 30 ~ 16 : 30 (祝祭日、お盆、年末年始は休み)
- 料金表

1) 通所介護 ご利用料金表

ご利用料金表			
通常規模型通所介護 (サービス提供時間 3~4 時間の場合)		1 日あたりの利用料	利用者負担金 (1 割負担の場合)
基本料金	要介護度 1	370 単位	375 円
	要介護度 2	423 単位	429 円
	要介護度 3	479 単位	486 円
	要介護度 4	533 単位	541 円
	要介護度 5	588 単位	596 円

2) 加算料金表

通所介護の方 (要介護度 1 ~ 5 の方)		利用料	利用者負担金 (1 割負担の場合)
要介護度 1 ~ 5	個別機能訓練加算 (I) ロ	76 単位	77 円
	個別機能訓練加算 (II)	20 単位	20 円
	口腔機能向上加算 (II)	160 単位	162 円
	科学的介護推進体制加算	40 単位	41 円
	ADL 維持等加算 (I)	30 単位	30 円
	ADL 維持等加算 (II)	60 単位	61 円
	サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位	22 円
	介護職員処遇改善加算 (I)	基本部分の 9.2%	左記額の 1 割
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	基本部分の 5%加算	左記額の 1 割

3) 介護予防通所介護相当サービス事業 ご利用料金表

介護予防通所介護相当サービス事業		料金表	利用者負担金 (1 割負担の場合)	
基本料金	事業対象者 要支援 1	4 回以上の利用	1 月 1, 798 単位	1, 823 円
		3 回までの利用	1 回につき 436 単位	442 円
	事業対象者 要支援 2	8 回以上の利用	1 月 3, 621 単位	3, 672 円
		7 回までの利用	1 回につき 447 単位	453 円

4) 加算料金表

介護予防通所介護相当サービス事業 (要支援・事業対象者の方)		1 月あたりの料金表	利用者負担金 (1 割負担の場合)	
	口腔機能向上加算 (II)	160 単位	162 円	
	科学的介護推進体制加算	40 単位	41 円	
	サービス提供 体制強化加算 (I)	要支援 1	88 単位	89 円
		要支援 2	176 単位	178 円
	介護職員処遇改善加算	基本部分の 9.2%	左記額の 1 割	
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	基本部分の 5%加算	左記額の 1 割	

5) その他の料金 ※これらの料金のご利用いただいた場合にご負担いただきます。

おやつ料金	1 回あたり 150 円
その他	おむつ代、日常生活費、教養娯楽費、作業活動材料費ほか