

# リハビリデイサービス ソラナ 料金表(令和元年 10月改定版)

## 1. 介護保険1割負担料金

項目	要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
予防専門型 (月額)	予防専門型通所サービス	1,768円	3,624円					
	サービス提供体制強化加算(I)イ	77円	154円					
	運動器機能向上加算	241円						
	生活機能向上連携加算	107円						
	介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の59/1000加算						
	介護職員等特定処遇改善加算(I)	所定単位数の12/1000加算						
介護給付	通所介護費 3時間以上 4時間未満			437円	501円	566円	629円	696円
	サービス提供体制強化加算(I)イ			20円/日				
	介護職員処遇改善加算(I)			所定単位数の59/1000加算/月				
	介護職員等特定処遇改善加算(I)			所定単位数の12/1000加算/月				
	個別機能訓練加算(I)			50円/日				
	個別機能訓練加算(II)			60円/日				
	生活機能向上連携加算			107円/月				
	送迎を行わない場合			51円減額/片道				

## 2. 保険給付外の費用

持ち帰り用弁当 (希望者)	1食：600円 (おかずのみ)
------------------	--------------------

## 3. お支払い方法

- ご利用料金は一ヶ月毎のお支払いとなります。(月末締め)
- 請求書はご利用月の翌月15日ごろまでにご自宅に郵送致します。
- お支払いは毎月26日にご指定の口座より自動振替させていただきます。  
(26日が日曜日、祝祭日の場合は翌営業日)
- 領収書はご利用月の翌々月15日頃までにご自宅に郵送いたします。

医療法人 明宣会 リハビリデイサービス ソラナ

〒467-0047

名古屋市長穂区日向町一丁目15番地2

TEL: 052-680-8190 FAX: 052-680-8813

