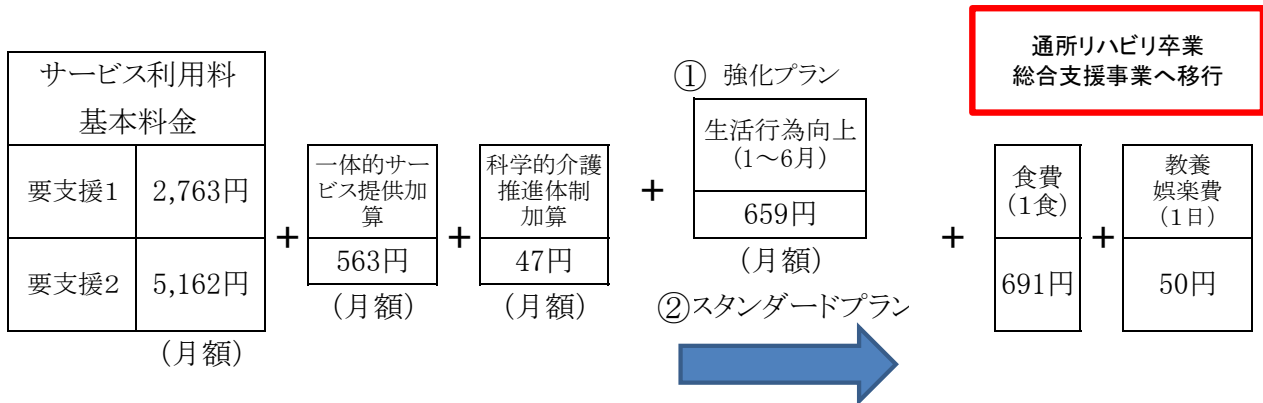


# ベルアルト通所リハビリテーション(予防)ご利用料金の目安(自己負担額1割)

## ■介護予防通所リハビリテーション



## □自己負担額の一例

	①強化プラン(開始1月～6月)	②スタンダードプラン
要支援1	4,032円	3,373円
要支援2	6,431円	5,772円

※上記負担額に食費(691円)と教養娯楽費(50円)の利用日数分を足して頂いた合計が1ヶ月の自己負担額になります。

## ■その他利用料

(1)栄養アセスメント加算(月額)	60円	(2)口腔・栄養スクリーニング加算 I	24円
(3)口腔・栄養スクリーニング加算 II	7円	(4)口腔機能向上加算 I	177円
(5)口腔機能向上加算 II	188円	(6)栄養改善加算	235円
(7)若年性認知症受入	282円	(8)クラブ活動(材料費等)	実費
(9)おやつ代(午後から利用する方に限る)	60円		

## □お支払い合計

1ヵ月合計 = (自己負担額の一例) + (利用日数 × 食費) + (その他の料金)

※食費・クラブ活動費以外は全て月単位の料金です。

※端数処理の関係で1日あたりの自己負担額 × 利用日数 = 請求額とは一致しない場合があります。

# ベルアルト通所リハビリテーション ご利用料金の目安(自己負担額1割)

## ■通所リハビリテーション

(提供サービス時間:6時間以上7時間未満)

<1日あたりの利用料>

サービス利用料 (基本料金)	入浴介助加算 I	短期集中リハビリテーション	中重度ケア	移行支援加算	リハビリテーション提供体制加算	科学的介護推進体制加算	教養娯楽費	食費 (おやつ代含む)
要介護1 864円	47円	129円	24円	14円	29円	47円	50円	691円
要介護2 1,023円								
要介護3 1,176円								
要介護4 1,359円								
要介護5 1,539円								
						(月額)	(実費)	(実費)

<リハビリマネジメント(月額)>

リハビリマネジメント (ロ)6月以内	リハビリマネジメント (ロ)6月超	リハビリマネジメント (ハ)6月以内	リハビリマネジメント (ハ)6月超	事業所の医師が利用者・家族に説明をした場合
695円	321円	930円	555円	317円

□自己負担額の一例(基本料金+加算部分)

		入浴介助加算 I	短期集中リハビリテーション	中重度ケア	移行支援	教養娯楽費	食費 (おやつ代含む)	お支払い額
退院退所後 3ヶ月以上	要介護1	○	×	○	○	○	○	1,719円
	要介護2	○	×	○	○	○	○	1,878円
	要介護3	○	×	○	○	○	○	2,031円
	要介護4	○	×	○	○	○	○	2,214円
	要介護5	○	×	○	○	○	○	2,394円
退院退所後 3ヶ月以内	要介護1	○	○	○	○	○	○	1,848円
	要介護2	○	○	○	○	○	○	2,007円
	要介護3	○	○	○	○	○	○	2,160円
	要介護4	○	○	○	○	○	○	2,343円
	要介護5	○	○	○	○	○	○	2,523円

※上記負担額は1日あたりの自己負担額の目安です。

## ■その他利用料

(1)栄養アセスメント加算(月額)	60円	(2)栄養改善(月2回まで)	235円
(3)若年性認知症利用者受入	71円	(4)認知症短期集中リハビリ I (日額)	282円
(5)認知症短期集中リハビリ II (月額)	2,251円	(6)生活行為向上リハビリ実施(1~6カ月)(月額)	1,466円
(7)入浴介助加算 II	71円	(8)重度療養管理	118円
(9)口腔・栄養スクリーニング加算 I	24円	(10)口腔・栄養スクリーニング加算 II	7円
(11)口腔機能向上加算 I	177円	(12)口腔機能向上加算 II イ	182円
(13)口腔機能向上加算 II ロ	188円	(14)退院時共同指導加算	704円
(15)クラブ活動(材料費等)	実費		

□お支払い合計

1ヵ月合計=(自己負担額の一例)×(利用日数)+(リハビリマネジメント)+(その他の料金)

※端数処理の関係で、1日あたりの自己負担額×利用日数=請求額とは一致しない場合があります。

(2026年6月改定)