

訪問リハビリテーション サービス利用料金表 兼 同意書
(令和6年6月1日～)

お持ちの介護保険負担割合証に準じた自己負担が必要です。

1 単位＝10.17 円

	サービス内容	単位数	円(1 割)	円(2 割)	円(3 割)
	訪問リハビリ 1 (20 分につき)	308	314	627	940
	訪問リハサービス提供体制加算 I (20 分につき)	6	7	13	19
	訪問リハ移行支援加算 (1 日につき)	17	18	35	52
	訪問リハ短期集中リハ加算 (1 日につき)	200	204	407	611
	訪問リハマネジメント加算 1 (1 月につき)	180	183	366	549
	訪問リハマネジメント加算 2 (1 月につき)	213	217	434	650
	訪問リハマネジメント加算 3 (1 月につき)	270	275	550	824
	訪問リハ認知症短期集中リハ加算 (1 日につき)	240	244	489	733
	訪問リハ口腔連携強化加算 (1 月につき)	50	51	102	153
	訪問リハ計画診療未実施減算 (20 分につき)	-50	-51	-102	-153
	訪問リハ退院時共同指導加算 (退院時 1 回)	600	611	1221	1831

私は、上記料金表内容の説明を受け、同意します。

令和 年 月 日

利用者 氏名 _____

ご家族 氏名 _____

(利用者との関係) _____