

# カルフル・ド・ルポ印南 デイサービスファン

H30.12.1～

## 1. 基本料金

(介護保険での1割負担料金:円)

要介護度	要支援1・事業対象者	要支援2・事業対象者
1月あたり	1,647	3,377

※時間短縮の際は、ご相談ください。

## 2. 加算料金

(介護保険での1割負担料金:円)

全 員 加 算	サービス提供体制強化加算 I 口	要支援1 事業対象者 48/月 要支援2 事業対象者 96/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であること。
	生活機能向上連携加算	100/月 200/月	医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。
	介護職員処遇改善加算	総単位数 × 5.9%	1月の基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数 × 5.9%
対 象 者 の み	運動器機能向上加算	225/月	機能訓練指導員を1名以上配置し、共同して個別の運動器機能向上計画を作成し、これに基づき個別に運動器機能向上サービスを行った場合。

## 3. 介護保険外

食費	600円	昼食及びドリンクバー料金(おやつなし)
クラブ活動材料費		参加クラブにより異なる
テープタイプ型おむつ	100円/枚	
はくタイプ型パンツ	70円/枚	
尿とりパッド	50円/枚	
吸引用カテーテル	60円/本	
ガーゼ又は処置用品		状況に応じての相当額
複写物の交付		コピー代: B5～A3サイズ 1枚10円

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

事業所番号【30A2100016】

社会福祉法人 同仁会

カルフル・ド・ルポ印南 デイサービス ファン

〒649-1533 和歌山県日高郡印南町山口150番地1

TEL 代表(0738)42-8100 FAX (0738)42-0500