



カルフル・ド・ルポ印南 デイサービスファン

R2.4~

1. 基本料金

(介護保険での3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 | 4,965 | 10,179 |

※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3割負担料金:円)

| | | | |
|-------|----------------|--|---|
| 全員加算 | サービス提供体制強化加算 I | 要支援1 事業対象者 216/月 要支援2 事業対象者 432/月 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。 |
| | 生活機能向上連携加算 | 300/月 600/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% |
| | 特定処遇改善加算 I | 総単位数 × 1.2% | 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 × 1.2% |
| 対象者のみ | 運動器機能向上加算 | 675/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 | 昼食代(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 | | 状況に応じたの相当額 |
| 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

カルフルード・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