



カルフル・ド・ルポ印南 デイサービスファン

R3.4~

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	5,016	10,284

※時間短縮の際は、ご相談ください。

※令和3年9月末まで新型コロナウイルス感染症対応特例とし基本報酬に0.1%上乘せされます。

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Ⅱ	要支援1 事業対象者 216/月 要支援2 事業対象者 432/月	①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合50%以上 ②通所介護費等算定方法に規定する基準のいずれにも該当しないこと(各サービスの該当号数は文末)
	生活機能向上連携加算Ⅱ	600/月 300/月 ※運動器 機能向上 加算を算 定している 場合	・訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が加算を算定する事業所に訪問し、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こと ・リハ専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3か月に1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと
	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

※利用者の負担額には、月額の上
限額(高額介護サービス費)があるため、
実際の負担は、自己負担が3割になっ
た方全員がこれまでの3倍になるとは
限りません。

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