

## 訪問リハビリテーション 料金表

令和 6 年 10 月 1 日現在

1 回毎に算定する料金						
	要介護			要支援		
訪問リハビリテーションの基本報酬	20 分毎 308 単位/回			20 分毎 298 単位/回		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	20 分毎 6 単位/回					
海老名市の地域区分による加算	(1 単位)10.66 円					
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2 回(40 分)	669 円	1,339 円	2,008 円	648 円	1,296 円	1,944 円
3 回(60 分)	1,004 円	2,008 円	3,013 円	972 円	1,944 円	2,917 円
1 日毎に算定する料金						
短期集中リハビリテーション 実施加算	200 単位/日 ※退院、退所日または認定日より 3 ヶ月以内。週 2 日 1 回 40 分以上のリハビリテーションを行った場合					
	1 割負担		2 割負担		3 割負担	
	213 円		426 円		640 円	
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(要介護のみ)	240 単位/日 ※認知症と医師が判断した場合。医師の指示のもと、退院、退所日または訪問開始日から 3 ヶ月以内に リハビリテーションを行った場合					
	256 円		512 円		768 円	
1 ヶ月毎に算定する料金						
リハビリテーションマネジメント 加算(要介護のみ)	訪問リハビリテーション利用のための定期的な会議を実施した場合					
リハマネ加算(口) 213 単位	227 円		454 円		681 円	
リハマネ加算に係る医師による説明483単位	515 円		1,030 円		1,545 円	
その他算定する料金						
退院時共同指導加算	600 単位 ※退院前カンファレンスに参加し、入院中の医療機関と共同指導を行った場合					
	640 円		1,279 円		1,919 円	
口腔連携強化加算	50 単位 ※口腔の健康状態を評価し、歯科医療機関または介護支援専門員へ情報提供した場合。月 1 回算定。					
	53 円		107 円		160 円	
その他の費用(実費)						
交通費	提供地域(海老名市、座間市)以外:1 km毎 100 円					
キャンセル料	訪問時、ご連絡がなかった場合:1,000 円					
複写物	1 枚につき:10 円					
領収証再発行(金額証明)	1 枚につき:1,100 円					
引き落とし日について						
締め日	毎月月末					
引き落とし日	サービス利用翌月 27 日(土日祝日の場合は、翌営業日)					
*手続き上、サービス利用翌月の引き落としが出来ない場合がございます。 その場合は、翌々月の引き落としになりますのでご了承ください。						

## 1ヵ月利用料金の概算

負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割

利用回数： \_\_\_\_\_ 回/月 × 1回あたりの介護報酬： \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円

リハビリテーションマネジメント加算： \_\_\_\_\_ 円

## その他加算料金

短期集中リハビリテーション実施加算： 利用日数 × \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円

認知症短期集中リハビリテーション実施加算： 利用日数 × \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円

退院時共同指導加算： \_\_\_\_\_ 円

口腔連携強化加算： \_\_\_\_\_ 円

交通費(自費)： 利用日数 × \_\_\_\_\_ 円

※その他加算料金は、お体の状態等により加算される料金です。

合計利用料金： \_\_\_\_\_ 円

説明日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご署名

---