

通所リハビリテーション利用料金変更のお知らせ

ご利用者、ご家族各位

早春の候 皆様におかれましては益々ご清栄の事とお慶び申し上げます。また翔寿苑をご利用頂きまして、心よりお礼申し上げます。

さて、令和7年4月より介護保険における加算および昼食費の変更がありますので、お知らせ致します。

・中重度者ケア体制加算を算定しておりましたが、**令和7年度は算定致しません。**

今まで算定していた金額 中等度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅サービスの継続に資するサービスを提供するため、介護職員又は看護職員を配置している場合は加算料金を頂戴致します。

1日につき211円 (1割：自己負担金22円)
(2割：自己負担金43円)
(3割：自己負担金64円)

・サービス提供体制強化加算が**IからIIへ変わります。**

今まで算定していた金額 サービス提供体制強化加算 (I) (22単位/回)

介護職員総数のうち、介護福祉士が70%以上配置もしくは、勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置されている場合は加算料金を頂戴致します。

1回につき232円 (1割：自己負担金 24円)
(2割：自己負担金 47円)
(3割：自己負担金 70円)

今年度算定する金額 サービス提供体制強化加算 (II) (18単位/回) 介護職員総数のうち、介護福祉士が50%以上配置されている場合は加算料金を頂戴致します。1回につき189円 (1割：自己負担金 19円)

(2割：自己負担金 38円)
(3割：自己負担金 57円)

昨今の物価高騰に伴い昼食費を下記の通り値上げいたしますこと、勝手な申し出で恐縮ではございますが、施設運営へのご理解、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

・昼食費：1日あたり **840円から920円**より (80円の値上げ)

つきましては、下記同意書の【利用者】【代理人】の住所、氏名などのご記入と捺印の上、**3月末日まで**にご利用時ご持参下さい。ご不明な点等ございましたら、お問い合わせください。

以上
通所リハビリテーション翔寿苑
048-932-0011

同意書

私は、上記料金の変更について、同意いたしました。

令和 年 月 日

【利用者】

住所

氏名

印

【代理人】

住所

氏名

印

(続柄：)