

1. 当社の概要

(1) 事業者（本社）

法人名	株式会社リカバリータイムズ
所在地	〒230-0071 神奈川県横浜市鶴見区駒岡 5-17-32 1階
代表者名	代表取締役 石田 輝樹
代表電話番号等	TEL 045-718-5702 FAX 045-642-4007
業務の概要	介護保険法に基づく居宅サービス事業 介護保険法に基づく第1号事業

(2) 事業所

事業所名	リカバリータイムズ末吉
介護保険事業所番号	1490100540
事業の種類	地域密着型通所介護 第1号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）
所在地	〒230-0012 横浜市鶴見区下末吉 1-31-12 ルート1セイワ 1F
電話番号等	TEL 045-633-7875 FAX 045-633-7895
管理者氏名	北村 篤
サービス利用定員	18名
通常のサービス実施地域 （送迎対応地域）	横浜市鶴見区 下末吉 上末吉 梶山1丁目（1-6を除く） 江ヶ崎町 矢向 尻手 元宮 佃野町 豊岡町 鶴見 諏訪坂 寺谷 東寺尾北台 東寺尾中台 東寺尾東台 北寺尾1・2丁目 東寺尾6丁目（1-3を除く）

※地域密着型通所介護の利用は横浜市被保険者に限ります。（原則、市外被保険者の利用はできません）
ただし、平成28年3月31日以前に利用契約を締結している市外被保険者は継続して利用が可能です。
※通常のサービス実施地域以外からご利用を希望される場合、送迎対応は基本的にできません。
ただし、事業所状況により対応できる場合もありますので、詳細はご相談ください。

2. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、祝日 12月30日～翌1月3日、4月・9月の第1営業日を除く
営業時間	9：00～18：00
サービス提供時間	1) 9：45～12：50 2) 13：50～16：55

利用料金表

2022年10月1日～

リハビリタイムズ末吉の利用料金は、下記の1から6までの費用の合算額とします。

記

1. 介護報酬に係る利用者負担分

	要介護認定/加算内容	介護報酬単 (単位)	介護報酬額 (円)	利用者負担額 (円)		
				1割負担	2割負担	3割負担
地域密着型 通所介護	◆基本料金 / サービス計画に定めるサービス提供時間「3時間以上4時間未満」の場合					
	要介護1	415/回	4448/回	445/回	890/回	1335/回
	要介護2	476/回	5102/回	511/回	1021/回	1531/回
	要介護3	538/回	5767/回	577/回	1154/回	1731/回
	要介護4	598/回	6410/回	641/回	1282/回	1923/回
	要介護5	661/回	7085/回	709/回	1417/回	2126/回
	◆対象のサービスを実施した際の加算料金					
	個別機能訓練加算Ⅰイ	56/回	600/回	60/回	120/回	180/回
	個別機能訓練加算Ⅰロ	85/回	911/回	92/回	183/回	274/回
	個別機能訓練加算Ⅱ	20/月	214/月	22/月	43/月	65/月
	栄養改善加算 月2回まで	200/回	2144/回	215/回	429/回	644/回
	口腔機能向上加算Ⅱ 月2回まで	160/回	1715/回	172/回	343/回	515/回
	ADL 維持等加算Ⅱ	60/月	643/月	65/月	129/月	193/月
	サービス提供体制加算Ⅰ	22/回	235/回	24/回	47/回	71/回
(横浜市通所介護相当サービス) 第1号通所サービス	◆基本料金					
	要支援1	1672/月	17923/月	1793/月	3585/月	5377/月
	要支援2 (週1回程度)	1672/月	17923/月	1793/月	3585/月	5377/月
	要支援2 (週2回程度)	3428/月	36748/月	3675/月	7350/月	11025/月
	◆対象のサービスを実施した際の加算料金					
	運動器機能向上加算	225/月	2412/月	242/月	483/月	724/月
	栄養改善加算	200/月	2144/月	215/月	429/月	644/月
	口腔機能向上加算Ⅱ	160/月	1715/月	172/月	343/月	515/月
	選択的サービス複数実施加算Ⅰ <small>※運動器・栄養・口腔のうち2種類実施</small>	480/月	5145/月	515/月	1029/月	1544/月
	選択的サービス複数実施加算Ⅱ <small>※運動器・栄養・口腔の3種類実施</small>	700/月	7504/月	751/月	1501/月	2252/月
	サービス提供体制加算Ⅰ <small>※要支援1/要支援2・週1回</small>	88/月	943/月	95/月	189/月	283/月
サービス提供体制加算Ⅱ <small>※要支援2・週2回</small>	176/月	1886/月	189/月	378/月	566/月	
共通	生活機能向上連携加算Ⅱ	100/月	1072/月	108/月	215/月	322/月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20/6月に1回	214/6月に1回	22/6月に1回	43/6月に1回	65/6月に1回
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ <small>※栄養アセスメント加算・栄養改善加算もしくは、口腔機能向上加算のいずれか1つを算定している場合</small>	5/6月に1回	53/6月に1回	6/6月に1回	11/6月に1回	16/6月に1回
	栄養アセスメント加算	50/月	536/月	54/月	108/月	161/月
	科学的介護推進体制加算	40/月	428/月	43/月	86/月	129/月
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 59/1000/月 (小数点以下四捨五入)				
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 12/1000/月 (小数点以下四捨五入)				
	介護職員ベースアップ等支援加算	総単位数の 11/1000/月 (小数点以下四捨五入)				

注1) 第1号通所サービスは実際のご利用回数に関わらず、計画された利用回数を元に算定します。

注2) 介護報酬額は1単位=10.72円(2級地)で計算します。(小数点以下切り捨て)

注3) 月間総単位数により計算するため、実際のご請求額は上記額の合計と差が生じる場合があります。

注4) 「利用者負担額」は、法定代理受領サービスでのご利用の場合の料金です(1割・2割・3割負担)

自己負担 計算方法	①	月間総単位数	×	地域別単価 (10.72円)	=	介護報酬額 (小数点以下切り捨て)
	②	介護報酬額	-	1割負担の方…介護報酬額 × 0.9 (小数点以下切り捨て) 2割負担の方…介護報酬額 × 0.8 (小数点以下切り捨て) 3割負担の方…介護報酬額 × 0.7 (小数点以下切り捨て)	=	利用者負担額

2. 上記「介護報酬に係る利用者負担分」以外の費用

内容	料金（非課税）	備考
おやつ代 ドリンク代	150円 150円	休憩時間に提供する間食・喫茶代 運動効果を定着させるための栄養補助ドリンク代
おむつ代	パット 50円 おむつ 100円	事業所で準備しているおむつ・パット等を使用した場合
その他日常生活費	実費	利用者の希望により嗜好品類等を代理購入、もしくは提供した場合

3. 日常生活動作リハビリに係る費用

日常生活動作リハビリにおいて訓練の必要性を認めた上で、利用者の希望により店舗等にて買い物に関わる諸動作の訓練を行う場合の実際の買い物代金（立替え支払分）及び手先の巧緻動作に関わる訓練のための手芸を行う場合の材料費などの必要経費について、実費をご請求させていただきます。

1ヶ月の上限設定額
(〇をつけて下さい)

設定なし (自己判断)	3000円	5000円	家族確認	その他(ご記入下さい)
----------------	-------	-------	------	-------------

4. 通常のサービス提供地域外の送迎に要する費用

運営規程に定める「通常のサービス提供地域」外にお住まいの方につきましては、通常の送迎の実施地域を超えた地点から実走距離で片道1kmあたり50円(税込)の送迎費用をご請求させていただきます。
(1km未満切上にて計算)

1回あたりの交通費
(エリア外にお住まいの方のみ)

なし	あり	片道 _____ km (1km未満切上) × 50円 × 往復分 = ご利用1回あたりの送迎費用 _____ 円
----	----	--

5. サービス計画に定めるサービス提供時間を超えた場合の費用

サービス提供時間の延長は基本的にご対応できません。緊急回避的な対応の際は介護保険給付の対象外となり、費用は要した時間により保険外利用料金(¥7000/3時間・税別)を基準に算出致します。

6. キャンセル料

ケアマネージャーが作成・交付する居宅サービス提供表に予定されたサービスの利用を利用者の都合により中止した場合、連絡時期によりキャンセル料を頂きます。

ご連絡時期	キャンセル料（非課税）
サービス利用前営業日の18:00まで (月曜日利用の方は金曜日までとなります)	無料
上記を過ぎてからのご連絡/ご連絡なし	300円 (発注済みのおやつ・ドリンク代相当分として)