

## クオレ元気倶楽部

## ご利用料金のご案内

## ■ 通所介護サービス利用料金表（1回あたり）

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者負担額 1割	526円	587円	651円	712円	777円
利用者負担額 2割	1,051円	1,183円	1,302円	1,424円	1,553円
利用者負担額 3割	1,576円	1,759円	1,953円	2,136円	2,329円

※利用者負担額には基本サービス費、個別機能訓練加算Ⅰ(口)、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算が含まれております。

※個別機能訓練加算Ⅱ・科学的介護推進体制加は、月1回 別途上記の料金に含まれます。

## ■ 予防通所介護サービス利用料金表（ひと月あたり）

介護度	要支援1(週1回)	要支援2(週1回)	要支援2(週2回)
利用者負担額 1割	2,242円	2,242円	4,277円
利用者負担額 2割	4,484円	4,484円	8,554円

※利用者負担額には基本サービス費、運動器機能向上加算、科学的介護推進体制加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算が含まれております。

※利用者負担額には消耗品代は含まれておりません。

## ◎ 介護保険対象外の利用料金

ご希望の方のみ、おやつと飲料の提供をさせていただきます。

・おやつ代(51円)・飲料代(31円)

## ◎ キャンセル料

クオレ元気倶楽部ではキャンセル料はいただいております。

上記ご利用負担額は標準的なご利用形態を想定した、あくまで一例であり利用者様の心身状態や課題、目標などに応じて作成されるケアプランに位置付けられるものです。

ケアプランやご利用当日の心身状態などによっても内容が異なり、料金が変わりますので参考金額とお考え下さい。



リハビリ デイサービス **クオレ 元気倶楽部**

〒555-0043 大阪市西淀川区大野2丁目1番10号  
TEL.06-6474-1910 FAX.06-6474-1913