

【別紙③】 このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

(1) 提供予定の指定訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)

例： 1日/週×40分 1割

| 曜日                       | 訪問時間帯 | サービス<br>区分・種類                           | サービス内容   | 介護保険<br>適用の有無 | 利用料     | 利用者負担額 |
|--------------------------|-------|---|--|---------------|---------|--------|
| 月                        | ～     | 理学療法士/言語聴覚士<br>/作業療法士による<br>訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション<br><input checked="" type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(I)<br><input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算<br>( 年 月 日まで) | ○             | 6,615 円 | 662 円  |
| 火                        | ～     |   |  |               |         |        |
| 水                        | ～     |   |  |               |         |        |
| 木                        | ～     |   |  |               |         |        |
| 金                        | ～     |   |  |               |         |        |
| 土                        | ～     |   |  |               |         |        |
| 1週当りの利用料、利用者負担額(見積もり)合計額 |       |   |  |               | 6,615 円 | 662 円  |

※介入曜日、時間帯に関しては、利用者又は利用者家族の了承を得て変更になる場合があります。

(2) 1か月当りのお支払い額(利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)とその他の費用の合計)の目安

1日/週 40分利用(4日/月介入を想定)

|          |         |
|----------|---------|
| お支払い額の目安 | 2,646 円 |
|----------|---------|

※12月を超えて介入のケースにおいて要件を満たさない場合は上記金額より 利用料：2,611円 利用者負担：262円/月 が減額となります。

※退院時共同指導加算を算定する場合は初回サービス時に上記金額に 利用料：6,528円 利用者負担：653円/回 が追加となります。

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況(月により介入回数異なります)などにより変動します。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。