対象となる方

・介護保険要支援１．２、要介護１～５の認定を受けている方

・施設内での移動．トイレ等がご家族の介助、またはご本人で行える方

ご利用時間帯

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

利用定員　各回　名

ご利用までの流れ　　　料金のめやす

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 基本料金 | 運動機能向上加算 |
| 要支援１ |  |  |
| 要支援２ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 基本料金 | リハマネジメント加算 | 短期集中リハ加算 |
| 要介護１ |  |  |  |
| 要介護２ |  |
| 要介護３ |  |
| 要介護４ |  |
| 要介護５ |  |

上記は基本料金です。

　　　　　　　　　　　　　　サービス内容によって若干料金が変わる場合があります。

詳しくは担当までお問い合わせください。

お問い合わせ

大森整形外科リウマチ科

〒　　　　　　　福井県福井市北四ツ井３－１４－１２

TEL:0776-57-5000

FAX：