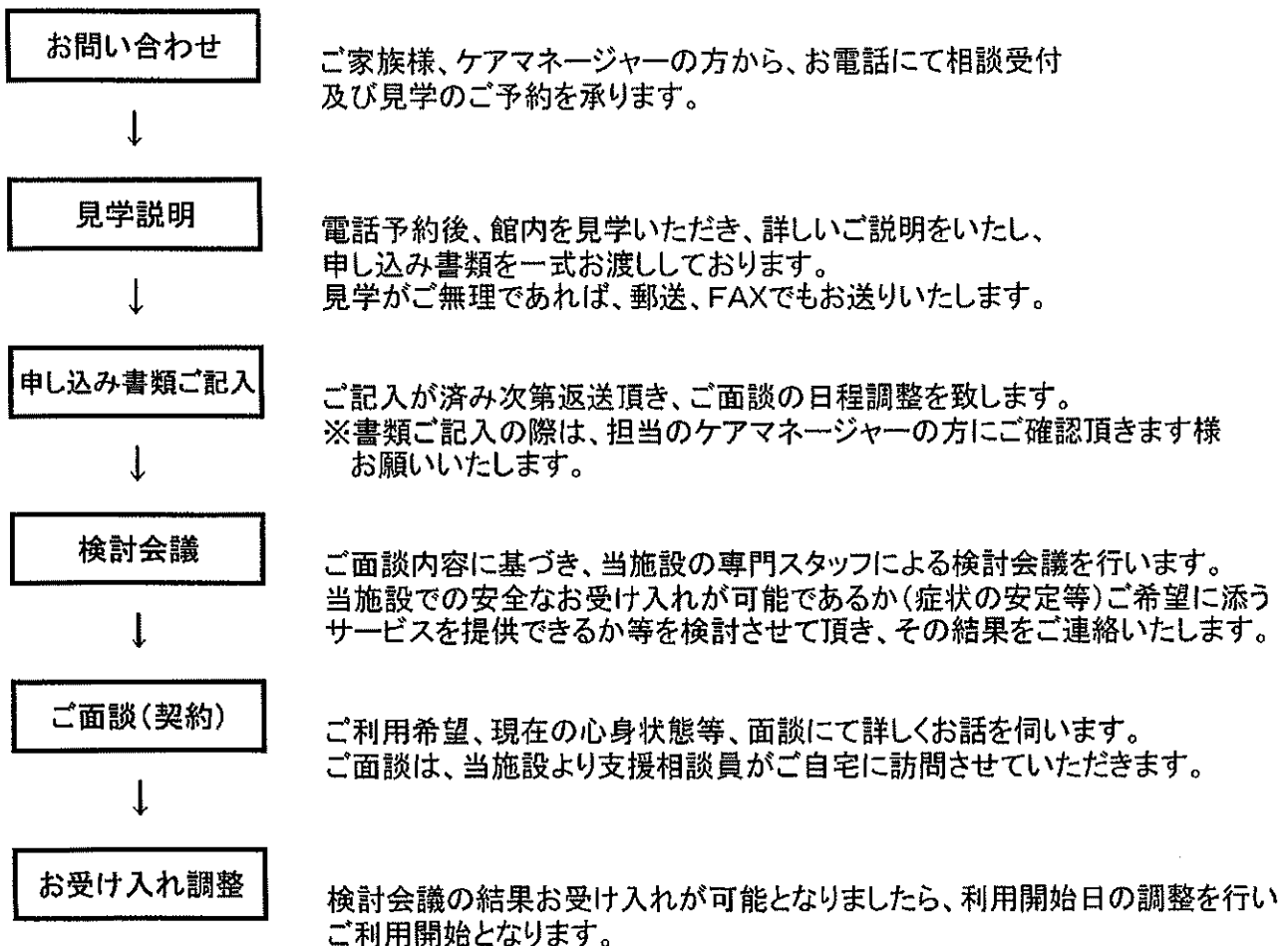


介護老人保健施設 ふかさわ 通所リハビリテーションのご案内

【お申し込みの流れ】



- * ご利用をお急ぎの方は、お電話にてその旨をお伝えください。早急に対応させていただきます。
- * 見学説明等の日程については、随時ご相談受付けておりますのでお問い合わせください。
- * ご不明な点等ございましたら下記までご連絡下さい。

介護老人保健施設 ふかさわ
〒158-0081
東京都世田谷区深沢1-9-3
TEL 03-3701-1164 FAX 03-3701-1181
(直通番号 03-3701-6726)

【通所リハビリテーション利用申込み書類の記載方法】

この度は、通所リハビリテーションご利用のお問合せを頂きまして、誠にありがとうございます。

- | | | |
|--------------------------------------|---|----------------|
| ① 利用申込書 | } | ご家族様にて |
| ② アンケート（既往症等） | | |
| ③ 嗜好調査票 | | |
| ④ アンケート（生活歴・家族図） | | |
| ⑤ 興味・関心チェックシート | | |
| ⑥ 身体の状況および日常生活 | | ご担当ケアマネージャー様にて |
| 入浴、個別リハビリご希望の方 | | |
| ⑦ 通所リハビリテーション指示書
（全項目の記載が必要となります） | | ご担当医先生にて |

それぞれご記載頂き、全て揃いましたらご送付願います。

※介護保険証のコピー・現在内服されているお薬の処方内容の書かれた用紙（コピー可）がございましたら同封してください。

尚、ご利用にあたっては書類審査→面談→検討会議での審査があります。
ご本人の状況によっては、ご利用出来ない場合がございます。
あらかじめご了承の上、お申し込み頂きたく存じます。

【ご利用の際のお願い事項】

- ・ 朝の送り出しと夕方の出迎えは、基本にご家族様対応となっております。
※ヘルパー対応でも可
- ・ 2階や3階などに玄関があるお宅は、1階まで降りてお待ち頂くようお願い致します。
- ・ ご利用中の急変時などは、当施設の提携病院である奥沢病院へのご搬送となります。
奥沢病院以外へのご希望がございましたら、事前にご連絡願います。

ご家族様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「利用申込書」「アンケート（既往症等）」「嗜好調査票」
「アンケート（生活歴・家族図）」「興味・関心チェック
シート」にご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

通所リハビリテーション

電話 03(3701)1164

通所直通 03(3701)6726

介護老人保健施設 ふかさわ 通所リハビリテーション 利用申込書

記入日： 年 月 日

ご利用者本人	フリガナ			
	氏名	(男・女)		
	生年月日	大正・昭和	年	月 日 (歳)
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
介護保険情報	被保険者番号		保険者	世田谷区 / 区外 ()
	要支援・要介護度	支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5・申請中・区分変更中		介護保険負担割合 1・2・3割
	有効期限	年 月 日	～	年 月 日
	交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
利用希望詳細	希望曜日	月・火・水・木・金・土・日	回数	週 回
	希望サービス	送迎	有・無 / ステップ乗車・車椅子乗車	
		入浴	有・無 / 一般浴・機械浴	
		個別リハビリ	有・無 ()	
希望・方針	通所リハビリを利用することによって求める効果(当てはまる物に○をつけて下さい) 通所利用目的：リハビリ・入浴・他者交流・外出機会の確保・ご家族の介護負担軽減・その他() 良くなったら行いたいこと：			
保証人連絡先	フリガナ			
	氏名	(続柄)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
緊急連絡先	フリガナ			
	氏名	(続柄)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
主治医	病院名			
	主治医名			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
居宅事業所	事業所名		事業所番号	
	ケアマネージャー			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

介護老人保健施設 ふかさわ

〒158-0081 東京都世田谷区深沢1-9-3

TEL 03-3701-1164 FAX 03-3701-1181

＜ 既往症 ＞

病歴・既往歴等	既往歴(病気・けが等)についてご記入下さい					
	病名	病院・医院名	手術	入院	通院	期間・状態
現在かかっている病院・診療所・クリニック等についてご記入ください。						
病名	病・医院名	診療科目	医師氏名	住所・電話番号		

医療処置	有・無	＜内容＞ 当てはまる物に○をして下さい 褥瘡処置・吸引・胃瘻・ストマ・酸素投与・インスリン注射 その他()	＜服薬＞ 無・有 時間:朝食前・朝食後・昼食前・昼食後・ 夕食前・夕食後・眠前・ その他() 点眼:無・有(1日 回)
	注意点		

その他(当てはまる物に○をして下さい)

＜家庭内役割＞
以前:家事(食事仕度・洗濯・掃除・ゴミ捨て)・家業手伝い・大工仕事・庭や菜園管理・金銭管理・家族の相談まとめ・留守番や電話番・近所付き合い・特になし・その他()
現在:家事(食事仕度・洗濯・掃除・ゴミ捨て)・家業手伝い・大工仕事・庭や菜園管理・金銭管理・家族の相談まとめ・留守番や電話番・近所付き合い・特になし・その他()

＜余暇＞
以前:ボランティア・家庭菜園・カラオケ・料理・旅行・散歩・囲碁・将棋・麻雀・その他()
現在:ボランティア・家庭菜園・カラオケ・料理・旅行・散歩・囲碁・将棋・麻雀・その他()

＜社会地域活動＞
以前:ボランティア・町内会・民政委員・老人クラブ・その他()
現在:ボランティア・町内会・民政委員・老人クラブ・その他()

＜住宅改修＞
無・有:手すり設置(トイレ・風呂・玄関・階段・廊下・その他())・バリアフリー・その他()

(ご記載年月日) 年 月 日

(ご記入者ご芳名) 様 (続柄)

ご協力誠にありがとうございました。

介護老人保健施設 ふかさわ

＜ 嗜好調査表 ＞

*おいしい食事を提供させて頂くために、次のアンケートにご協力をお願い致します。

お名前 _____ 様(男 ・ 女) 調査日: 年 月 日

治 療 食	不要 ・ 要(エネルギー調整食1400kcal、1200kcal ・ 減塩食6g ・ その他)		
主 食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ (7 ・ 5 ・ 3)分粥 ・ 粥ミキサー ・ その他()		
副 食	常菜 ・ 一口大サイズ ・ きざみ ・ 超きざみ ・ ミキサー ・ 汁のみとろみ ・ 全てとろみ		
アレルギー	無 ・ 有 (食品名: _____ 代替え→)		
肉 類	食べる → 形態: 普通 ・ 刻み ・ 超刻み (嫌いな物: _____) 食べない→ 理由: _____		
好きな食べ物		嫌いな食べ物 (アレルギー以外)	
飲 み 物	好きな物: _____ ※お酒: 飲む ・ 少々飲む ・ 飲まない 嫌いな物: _____		
義 歯	自歯 ・ 総義歯 ・ 部分義歯		
※水分にとろみが必要な方は、右の有りに○をして下さい。 有り (弱 ・ 中 ・ 強)			

※主食(米飯)のグラムとカロリーの目安表記

大盛・170g (1,600カロリー) / 日

普通・130g (1,400カロリー) / 日

小盛・ 90g (1,200カロリー) / 日

1/2盛・65g (1,000カロリー) / 日

■米飯以外はグラム数が変わります。

ご協力ありがとうございました。

介護老人保健施設 ふかさわ

通所リハビリテーション

【記入例】 アンケート

ご本人様の精神状態、およびご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

ご利用者様氏名 深沢 花子

ご記入者様氏名 深沢 太郎

ご本人様の生活歴 ※結婚歴がない方は結婚歴欄に「なし」とご記入ください

生まれ: 東京(都)道・府・県 世田谷(市)区・町・村で 5 人兄弟の 3 番目として誕生。

学歴: 〇〇高校 卒業後 花屋 に勤務し 23 歳まで勤める。

結婚歴: 23歳の時に米屋を営む深沢正夫25歳の夫・妻と結婚。その後 2人の子に恵まれる。

生活歴・病歴: 子育てをしながら、店の経理を手伝う。

平成21年1月に夫が脳梗塞の為に他界。店をたたみ一人暮らしを続けていたが、平成24年3月自宅にて転倒し、右大腿骨を骨折。〇〇病院へ3ヶ月入院する。

退院後に長男と同居。現在に至る。

ご本人様の性格(当てはまることに○をして下さい) ※何か所でも構いません

内向的・社交的・神経質・慎重・多弁・頑固・気が弱い・気が強い・楽観的・几帳面・大雑把・気長・短気・仕事人・生真面目・優しい・お人好し・ひょうきん・子供っぽい・自己中心的・せっかち・その他()

ご家族の構成(ご同居されている方、されていない方)

続柄	氏名	年齢	住所	電話/ケータイ番号	同居
長男	深沢 太郎	60	世田谷区深沢〇-〇-〇	××××-××××	○
長男嫁	深沢 良子	57	同上		○
長女	世田谷 正子	58	世田谷区世田谷〇-〇-〇	××××-××××	×
長女夫	世田谷 和男	59	同上		×

ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。(深沢 良子)

主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。(深沢 太郎)

ご本人様は、当施設のご利用に関して理解されていますか。(はい・いいえ)

アンケート

ご本人様の精神状態、およびご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

ご利用者様氏名

ご記入者様氏名

ご本人様の生活歴

※結婚歴がない方は結婚歴欄に「なし」とご記入ください

生まれ:	都・道・府・県	市・区・町・村で	人兄弟の	番目として誕生。
学歴:	卒業後	に勤務し	歳まで勤める。	
結婚歴:	歳の時に	歳の夫・妻と結婚。その後	人の子に恵まれる。	
生活歴・病歴:				

ご本人様の性格(当てはまることに○をして下さい) ※何か所でも構いません

内向的・社交的・神経質・慎重・多弁・頑固・気が弱い・気が強い・楽観的・几帳面・大雑把・気長・短気・仕事人・生真面目・優しい・お人好し・ひょうきん・子供っぽい・自己中心的・せっかち・その他()

ご家族の構成(ご同居されている方、されていない方)

	続柄	氏名	年齢	住所	電話/ケータイ番号	同居

ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。()

主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。()

ご本人様は、当施設のご利用に関して理解されていますか。(はい・いいえ)

興味・関心チェックシート (プレ・インタビューシート)

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲・サッカー等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			

ご利用者氏名: _____ 様

ケアマネージャー様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「身体の状態および日常生活」に
ご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

通所リハビリテーション

電話 03(3701)1164

電話直通 03(3701)6726

身体状況および日常生活について

事業所名

ご記入者(ケアマネージャー)

様

ご利用者名	様	男 ・ 女	生年月日	T S 年 月 日(歳)
身長	cm	体重	kg	
介護保険	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)	介護保険負担割合	1 ・ 2 ・ 3割	
移動	・自立歩行 ・杖歩行 ・歩行器 ・つかまり歩行 ・車椅子 (自操 ・ 介助)			
送迎	・ステップ乗車 ・車椅子乗車			
入浴	・一般浴 (自立 一部介助 全介助) ・機械浴			
更衣	・自立 ・一部介助 ・全介助			
排泄	・自立 ・一部介助 ・全介 ・尿意 (有 ・ 無) ・便意 (有 ・ 無) ・失禁 (有 ・ 無)			
食事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		食思状態	・良好 ・不良 ()
	・主食 (米飯 軟飯 五分粥 全粥 ミキサー) ・副食 (常菜 一口大 キザミ トロミ) ・療養食 (有 ・ 無)			
	・カロリー制限 (kcal)		・減塩 (g)	
	・介助方法 : 箸 スプーン フォーク 吸い飲み		・水分トロミ (無 ・ 有 (弱 ・ 中 ・ 強))	
	・義歯 (有 【 上 ・ 下 ・ 部分 】 無)		・むせ込み (有 時々有り 無)	
麻痺	有(部位: 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) ・ 無		拘縮	有 ・ 無 (部位)
視力	普通 ・ やや弱視 ・ 弱視 ・ 全盲 ・ 老眼		(眼鏡使用 有 ・ 無)	
言語	普通 ・ はっきりしない ・ やっと通じる ・ 話せない (失語 ・ 認知症 ・ 不明言語 ・ その他)			
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 (補聴器使用 有 ・ 無)			
意思疎通	できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない			
認知症	無 ・ 有			
	物忘れ ・ 徘徊 ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ 感情失禁 ・ 妄想 ・ 不潔行為 ・ 昼夜逆転 ・ うつ状態 ・ 独語 ・ 暴言 ・ 暴力			
	大声 ・ 立ち上がり ・ 帰宅願望 ・ 離脱 ・ その他(具体例:)			

<通所利用希望きっかけ> ご本人希望・ご家族希望・ケアマネのすすめ・医師のすすめ・その他()

<通所利用目的> リハビリ・入浴・他者交流・外出機会の確保・ご家族の介護負担軽減・その他()

<他サービスからの連絡事項> 無・有()

<その他特記事項>

介護老人保健施設 ふかさわ

〒158-0081 東京都世田谷区深沢1-9-3

TEL 03-3701-1164 FAX 03-3701-1181

ご担当医先生

入浴、個別リハビリをご希望の場合は、
誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「通所リハビリテーション指示書」に
ご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

電話 03(3701)1164

通所直通 03(3701)6726

通所リハビリテーション 指示書

介護老人保健施設 ふかさわ
施設長 殿

医療機関名 _____ 診療科 _____
所在地 _____
医師名 _____ 印 _____ TEL () _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名			男・女	生年月日	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳)	
					昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳)	
住所	電話番号 () _____					
診療	①	発症年月日 (昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)				
	②	発症年月日 (昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)				
	③	発症年月日 (昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)				
症状及び経過	最終診療日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
身長・体重			cm	kg		
治療食	無 ・ 有 () _____					
アレルギー	無 ・ 有 () _____					
嚥下障害	無 ・ 有 _____					
感染症疾患	無 ・ 有 疥癬 (+ ・ -) MRSA (+ ・ -) 結核 (+ ・ -) HBs抗原 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -)					
褥瘡	無 ・ 有 (部位: _____)		処置: _____			
麻痺	無 ・ 有 (部位: _____)		状態: _____			
拘縮	無 ・ 有 (部位: _____)		状態: _____			
精神障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 認知症 () <input type="checkbox"/> 精神障害 ()					
装着機器	ネブライザー・吸引器・留置カテーテル・経管栄養・その他 () _____					
障害老人日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症老人日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V					

◎ リハビリテーション指示

・ 評価の上、機能訓練及びADL訓練等の具体的指示

・ 訓練施行上の注意、禁忌事項

◎ 入浴時の指示 (入浴の際の注意事項等)

ふかさわ通所リハビリテーション

1日のタイムスケジュール（1日の流れ）

9：00 1便バス到着

10：00 2便バス到着（3便まである日もあります）

10：30 朝の会（職員挨拶）

創作活動（手作業を中心に、ちぎり絵・折り紙など）

※入浴 9：00～12：00（月・金は入浴お休みです、入所の方が入浴日の為）

※個別リハビリ 9：00～12：00

11：30 集団体操・嚥下体操

12：00 昼食

休息

※個別リハビリ 13：00～16：30

13：40 集団体操

レクリエーション（体を使ったレクリエーション・クイズ・脳トレなど）

14：50 おやつ

15：30 帰りの会（職員挨拶）

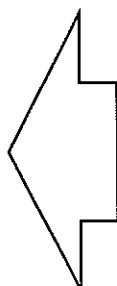
16：00 1便バス出発

17：00 2便バス出発

【通所リハビリテーション利用料金表 1・2・3割】(介護度に応じて料金が異なります。料金は概算であり、詳細は請求書をご確認下さい)
令和元年10月1日改定

基本料金(1日当たり)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満(1割)	794	946	1,102	1,284	1,461
7時間以上8時間未満(2割)	1,589	1,893	2,204	2,568	2,923
7時間以上8時間未満(3割)	2,384	2,840	3,306	3,852	4,385

食費	940円/日
日用品費	250円/日
教養娯楽費	140円/日



基本料金合計(1日当たり)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満(1割)	2,124	2,276	2,432	2,614	2,791
7時間以上8時間未満(2割)	2,919	3,223	3,534	3,898	4,253
7時間以上8時間未満(3割)	3,714	4,170	4,636	5,182	5,715

職員の配置状況により上表に以下の料金を加える場合がございます。加える場合は請求書に金額を表示いたします。

	1割	2割	3割	
リハビリテーションマネジメント加算 I	366円/月	732円/月	1,098円/月	紙おむつ
リハビリテーションマネジメント加算 II 6ヶ月以内	943円/月	1,887円/月	2,830円/月	当施設で提供したものをご請求致します
リハビリテーションマネジメント加算 II 6ヶ月超	588円/月	1,176円/月	1,764円/月	テーブタイプ(M)
リハビリテーション提供体制加算	31円/回	62円/回	93円/回	テーブタイプ(L)
サービステキ強化加算 I イ	19円/日	39円/日	59円/日	パンツタイプ(M)
サービステキ強化加算 I ロ	13円/日	26円/日	39円/日	パンツタイプ(L)
サービステキ強化加算 II	6円/日	13円/日	19円/日	尿とりパッド
短期集中個別リハビリテーション実施加算(3ヶ月以内)※1	122円/回	244円/回	366円/回	訪問美容
入浴介助加算	55円/回	111円/回	166円/回	
若年性認知症利用者受入加算	66円/回	133円/回	199円/回	
栄養改善加算	166円/回	333円/回	499円/回	
口腔機能向上加算	166円/回	333円/回	499円/回	
重度療養管理加算※2	111円/回	222円/回	333円/回	
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6ヶ月以内)	2,220円/月	4,440円/月	6,660円/月	
生活行為向上リハビリテーション実施加算(6ヶ月超)	1,110円/月	2,220円/月	3,330円/月	
送迎未実施(片道分)※3	-52円/回	-104円/回	-156円/回	
介護職員処遇改善加算 I		※4		
介護職員等特定処遇改善 II		※5		

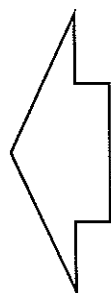
紙おむつ
当施設で提供したものを
ご請求致します

※1算定中は自己都合などで非実施の場合でも予定数の加算が発生致します。
 ※2要介護3,4,5の方で、胃ろう造設など厚生労働大臣の定める状態の方に算定いたします。
 ※3施設で送迎を実施しなかった場合は、ご利用料からマイナスいたします。
 ※4一ヶ月の総単位数×4.7%の1割分となります。(2・3割負担の方はそれぞれ2・3割分です)
 ※5一ヶ月の総単位数×1.7%の1割分となります。(2・3割負担の方はそれぞれ2・3割分です)
 ※この他、体制変化に伴い別途料金が加算される場合がございます。

【介護予防通所リハビリテーションご利用料金表 1割・2割・3割】(介護度に応じて料金が異なります。料金は概算であり、詳細は請求書をご確認下さい)
令和元年10月1日改定

基本料金(1月当たり)		
1割負担	要支援1	要支援2
2割負担	1,910	4,033
3割負担	3,820	8,067
	5,730	12,101

食費	940円/日
日用品費	250円/日
教養娯楽費	140円/日



基本料金合計(1回当たり)		
1割負担	要支援1	要支援2
2割負担	3,240	5,363
3割負担	5,150	9,397
	7,060	13,431

基本料金合計(1月当たり)			要支援1 (月4回ご利用 の場合)	要支援2 (月8回ご利用 の場合)
1割負担			7,230	14,673
2割負担			9,140	18,707
3割負担			11,050	22,741

職員の配置状況により上表に以下の料金を加える場合がございます。加える場合は請求書に金額を表示いたします。

加算名(1月当たり)	要支援1	要支援2
サービステ体制強化加算Ⅰイ(1割負担)	79	159
サービステ体制強化加算Ⅰイ(2割負担)	159	319
サービステ体制強化加算Ⅰイ(3割負担)	239	479
サービステ体制強化加算Ⅰロ(1割負担)	53	106
サービステ体制強化加算Ⅰロ(2割負担)	106	213
サービステ体制強化加算Ⅰロ(3割負担)	159	319
サービステ体制強化加算Ⅱ(1割負担)	26	53
サービステ体制強化加算Ⅱ(2割負担)	53	106
サービステ体制強化加算Ⅱ(3割負担)	79	159

加算名	1割	2割	3割	紙おむつ (当施設で提供したものを ご請求致します)
リハビリテーションプログラム加算/月	366	732	1,098	
運動器機能向上加算/月	249	499	749	テープタイプ(M) 170円/枚
栄養改善加算/月	166	333	499	テープタイプ(L) 180円/枚
栄養スクリーニング加算/回	5	11	16	パンツタイプ(M) 180円/枚
口腔機能向上加算/月	166	333	499	パンツタイプ(L) 200円/枚
選択的サービステ複数実施加算Ⅰ/月	532	1,065	1,598	尿とりパッド 40円/枚
選択的サービステ複数実施加算Ⅱ/月	777	1,554	2,331	訪問美容 2,200円/回
事業所評価加算	133	266	399	
介護職員処遇改善加算		※1		※1:1ヶ月の総単位数×4.7%の1割(2割・3割)分となります。
介護職員等特定処遇改善加算		※2		※2:1ヶ月の総単位数×1.7%の1割(2割・3割)分となります。

※3:この他、体制変化に伴い別途料金が加算される場合がございます。