

利用料金表 (短期入所生活介護)

ご契約者の方には、以下の料金をお支払いいただけます。

1. 毎月お支払いいただくもの

(a) 介護老人福祉施設サービス費 (介護保険給付の対象) (日額：円)

基本	算定項目\要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	
基本		586	654	724	792	859	
加算	機能訓練体制加算	※ 機能訓練に関する常勤の専門職員が配置されていることに対する加算です。					12
	看護体制加算(I)	※ 常勤の看護師を1人以上配置していることに対する加算です。					4
	看護体制加算(II)	※ 国の基準を満たす看護体制であることに対する加算です。					8
	サービス提供体制強化加算(I)イ	※ 国の基準を満たす職員体制であることに対する加算です。					18
	夜勤職員配置加算(I)	※ 夜間に「国の基準 + 1」以上を満たす職員体制であることに対する加算です。					13
	介護職員処遇改善加算(I)	※ 国の基準を満たす介護職員の処遇改善に関する取り組みを実施していることによる加算です。					基本および上記加算の合計の8.3%
	特定介護職員処遇改善加算(I)	※ 国の基準を満たす介護職員の処遇改善に関する取り組みを実施していることによる加算です。					基本および上記加算の合計の2.7%

※ 平成27年度8月より要支援、要介護の認定を受けた人全員に、市町村より利用者負担の割合 (1割, 2割, 3割) が記載された「介護保険負担割合証」が交付されます。負担割合 (1割, 2割, 3割) をご確認ください。

(b) 食費・居住費 (介護保険給付の対象外) ※ 第1段階～第3段階の方は負担限度額の範囲まで (日額：円)

食費	利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階	上記以外の方
朝食：420				
昼食：530				
夕食：550				
				1,500
居住費	利用者負担第1段階	従来型個室		320
		多床室		0
	利用者負担第2段階	従来型個室		420
		多床室		370
	利用者負担第3段階	従来型個室		820
		多床室		370
	上記以外の方	従来型個室		1,150
		多床室		840

※ ただし当日キャンセルされた場合、9:00までにご連絡いただけなかったときは、キャンセル料として、1,370円(昼食費530円+滞在を別途請求させていただきます。

【利用金額 (参考：上記 (a) + (b) の金額)】 日額概算：円

	算定項目\要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	
従来型個室	利用総額 (保険給付額+自己負担額)	9,765 (*)	10,520 (*)	11,297 (*)	12,052 (*)	12,795 (*)	
	利用者負担第1段階	保険給付額	8,394	9,073	9,772	10,452	11,121
		自己負担額	1,332	1,407	1,485	1,560	1,635
	利用者負担第2段階	保険給付額	8,204	8,883	9,582	10,262	10,931
		自己負担額	1,522	1,597	1,675	1,750	1,825
	利用者負担第3段階	保険給付額	7,544	8,223	8,922	9,602	10,271
		自己負担額	2,182	2,257	2,335	2,410	2,485
	上記以外の方	保険給付額	6,404	7,083	7,782	8,462	9,131
		自己負担額	3,362	3,437	3,515	3,590	3,665
	多床室	利用総額 (保険給付額+自己負担額)	9,455 (*)	10,210 (*)	10,987 (*)	11,742 (*)	12,485 (*)
利用者負担第1段階		保険給付額	8,404	9,083	9,782	10,462	11,131
		自己負担額	1,012	1,087	1,165	1,240	1,315
利用者負担第2段階		保険給付額	7,944	8,623	9,322	10,002	10,671
		自己負担額	1,472	1,547	1,625	1,700	1,775
利用者負担第3段階		保険給付額	7,684	7,684	9,062	9,742	10,411
		自己負担額	1,732	1,807	1,885	1,960	2,035
上記以外の方		保険給付額	6,404	7,083	7,782	8,462	9,131
		自己負担額	3,052	3,127	3,205	3,280	3,355

(*) 利用総額と、保険給付額と自己負担額の合計額には誤差があります。これは、介護職員処遇改善加算の比率計算における小数点以下の四捨五入分や、補足給付が、利用者負担第1段階～第3段階の方は1,380円分までとなっていることなどによるものです。

※ 上記の自己負担額は介護保険負担割合が1割の場合の金額です。

※ 利用者負担額について(市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受ける必要があります。)

(第1段階とは) ○ 世帯全員が市県民税非課税世帯で、老齢福祉年金を受給している方
○ 生活保護の方

(第2段階とは) ○ 世帯全員が市県民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と年金収入額の合計が年間80万円以下の方

(第3段階とは) ○ 世帯全員が市県民税非課税世帯で、利用者負担第2段階に該当しない方

利用料金表 (短期入所生活介護)

ご契約者の方には、以下の料金をお支払いいただきます。

2. 対象となった方にお支払いいただくもの

(a) 介護老人福祉施設サービス費(介護保険給付の対象) (日額：円)

若年性認知症受入加算	120	※ 65歳未満で認知症と診断された方が、実際に施設におられる日について加算されます。
療養食加算	(1食あたり) 8	※ 医師の指示(食事箋)に基づく腎臓病食や糖尿食などの治療食の提供が行われた方に加算されます。
送迎加算	184 (片道につき)	※ 送迎を行う場合に加算されます。

(b) その他の費用 (1回あたり：円)

理容代	カット+顔剃り	1,800	※ 原則第2月曜日
	顔剃り	1,300	
美容代	カット	1,600	※ 原則第4水曜日
	毛染め+シャンプー	2,700	
	カット+毛染め+シャンプー	4,300	
	パーマ	4,800	
	パーマ+毛染め+シャンプー	7,500	
コピー代 (私的なもの)		7 (片面1枚あたり)	
Fax代 (私的なもの)		10 (1ページあたり)	
日常生活品の購入代金など		実費	

3. 料金のお支払いについて

上記の料金のお支払いは、原則として当施設指定の金融機関口座からの引き落としとさせていただきます。(その都度現金払いのものもあります)

ただし、当施設指定口座への振込もしくは施設窓口での現金支払いも可能です。(詳しくは施設窓口までお問い合わせください)

指定金融機関：北陸銀行