

ショートステイ三城 (単独型ユニット型短期入所生活介護) 料金表

利用定員 20名

短期入所生活介護

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援1	要支援2
A	介護基本	725	792	866	933	1,000	545	662
B (加算)	機能訓練体制加算	12	12	12	12	12	12	12
	サービス提供体制強化加算	—	—	—	—	—	—	—
	看護体制加算Ⅰ	4	4	4	4	4	—	—
	看護体制加算Ⅱ	8	8	8	8	8	—	—
	在宅中重度者受入加算 413/日	△	△	△	△	△	—	—
	医療連携強化加算 58	△	△	△	△	△	—	—
	若年性認知症利用者受入加算 120	△	△	△	△	△	△	△
	認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 (7日のみ)	△	△	△	△	△	△	△
	緊急短期入所受入加算 90 (7日のみ)	△	△	△	△	△	—	—
	送迎加算 片道 184	△	△	△	△	△	△	△
C 計 (A+B)		749	816	890	957	1,024	557	674
D 介護職員処遇改善加算Ⅰ C×8.3%		62	68	74	79	85	46	56
E 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ C×2.7%		△	△	△	△	△	△	△
F 介護報酬 単位数合計 C+D+E		811	884	964	1,036	1,109	603	730
G 介護報酬 F×地域加算単価(10.17円)		8,247	8,990	9,803	10,536	11,278	6,132	7,424
H 介護報酬負担額 〔円〕		825	900	981	1,054	1,128	614	743

※△はサービスを実施された場合に加算されます。上記表に△は算定されていません。

利用者負担額 (負担割合 1割の方)

〔円〕

H 介護報酬負担額(日額)	825	900	981	1,054	1,128	614	743
I 食費 負担額(日額)	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
J 滞在費 負担額(日額)	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006	2,006
K その他負担額							
L 利用者 負担額(日額) 計	4,631	4,706	4,787	4,860	4,934	4,420	4,549

※負担割合が2割負担の方はHの額が2倍、3割負担の方はHの額は3倍となります。

※午前退所又は入退所共に午後の場合、退所日の滞在費のご負担はありません。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方の一日のご利用負担額 (食費、滞在費が減額となり) 〔円〕

第1段階 食費 300円 居住費 820円 /日	1,966	2,042	2,125	2,200	2,277	1,749	1,881
第2段階 食費 390円 居住費 820円 /日	2,056	2,132	2,215	2,290	2,367	1,839	1,971
第3段階 食費 650円 居住費1,310円 /日	2,806	2,882	2,965	3,040	3,117	2,589	2,721
L 第4段階 食費1,800円 居住費2,006円 /日	4,631	4,706	4,787	4,860	4,934	4,420	4,549

※介護保険負担限度額認定申請をされていない方、もしくは申請の結果「非該当」の通知が届いた方は、介護保険負担限度額認定証がありません。認定証のない方は第4段階の金額となります。

