

## 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	738	806	881	949	1,017	555	674
B (加算)	機能訓練体制加算	△	△	△	△	△	△	△
	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	—	—
	サービス提供体制加算Ⅲ	6	6	6	6	6	6	6
	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)	756	824	899	967	1,035	561	680	
D 介護職員処遇改善加算Ⅰ C×8.3%	63	68	75	80	86	47	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	819	892	974	1,047	1,121	608	736	
G 介護報酬 F×地域加算単価(10.17円)	8,329	9,071	9,905	10,647	11,400	6,183	7,485	
H 介護報酬負担額 [円]	833	908	991	1,065	1,140	619	749	

※△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)	833	908	991	1,065	1,140	619	749
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	4,639	4,714	4,797	4,871	4,946	4,425	4,555

※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	1,953	2,028	2,111	2,185	2,260	1,739	1,869
第2段階 食費 390円 居住費 820円 /日	2,043	2,118	2,201	2,275	2,350	1,829	1,959
第3段階 食費 650円 居住費1,310円 /日	2,793	2,868	2,951	3,025	3,100	2,579	2,709
L 第4段階 食費1,800円 居住費2,006円 /日	4,639	4,714	4,797	4,871	4,946	4,425	4,555

※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。