

特定施設入居者生活介護（短期利用） 料金一覧

事業所番号 1371507482

■介護保険 単位数・料金

特定施設入居者生活介護（短期利用） 1日あたり

サービス	サービスコード	単位数	単位数 加算含む	地域単価 1級地	個人負担料 (円) 1割負担の場合
短期特定施設生活介護 介護1	27 1111	542	635	10.9	693
短期特定施設生活介護 介護2	27 1121	609	709	10.9	773
短期特定施設生活介護 介護3	27 1131	679	788	10.9	859
短期特定施設生活介護 介護4	27 1141	744	860	10.9	938
短期特定施設生活介護 介護5	27 1151	813	937	10.9	1,022

加算	サービスコード	算定	単位
短期特定施設夜間看護体制加算Ⅰ	27 1161	-	18
短期特定施設夜間看護体制加算Ⅱ	27 1160	○	9
短期特定施設サービス提供体制加算Ⅰ	27 6099	-	22
短期特定施設サービス提供体制加算Ⅱ	27 6100	○	18
短期特定施設サービス提供体制加算Ⅲ	27 6103	-	6
短期特定施設処遇改善加算Ⅰ	27 6132	○	所定の単位数 ×8.2%
短期特定施設特定処遇改善加算Ⅰ	27 6135	○	所定の単位数 ×1.8%
短期特定施設特定処遇改善加算Ⅱ	27 6136	-	所定の単位数 ×1.2%
短期特定施設ベースアップ等支援加算	27 6141	○	所定の単位数 ×1.5%

上記加算は配置・体制加算のため全員に加算されます 所定の単位数：(各要介護度の単位数+サービス提供体制強化加算・夜間看護体制加算の単位数)×利用日数

※算定する加算は、ホームの人員配置等により変更となる可能性があります

■食費及び居住費負担額（食費は軽減税率により、640円(税抜)以下の場合、消費税は8%です）

項目	税抜	税込
居住費	11,267	11,394
水道光熱費	250	275
食費	朝	378
	昼	594
	夜	540
	1日分合計	1,512

\*費用は1日ごとの請求をさせていただきます(食費は召し上がりになった回数のご請求となります)

\*食費は、事前に届出をいただき、食事を提供しなかった場合は請求致しません。

■その他の利用料金

レクリエーション費用、クラブ活動費	※参加できる方のみ利用可能。	実 費
理美容代	※スケジュールやサービス内容はホームにお問い合わせ下さい。	実 費
特別な食事	※通常に提供される食事以外で本人が希望し、提供される食事	実 費
特別行事参加費	※敬老の日、誕生会、クリスマス会など特別な行事にかかる費用	実 費

●1泊2日あたりのご料金計算目安【介護保険1割負担】

介護保険料 1,716 介護3	+	居住費 22,788	+	食費 1,512 <small>*朝、昼、夜各1食ずつご利用の場合</small>	+	水道光熱費 550 <small>※従量課金</small>
<small>*表記の介護保険料は2日分です</small> <small>*介護保険自己負担金額は小数点以下の処理の影響。取得加算の変更によって若干異なる場合があります。</small>						
1泊2日のご利用料(税込) <b>26,566</b> <small>プラス水道光熱費</small>						

●1泊2日あたりのご料金計算目安【介護保険2割負担】

介護保険料 3,432 介護3	+	居住費 22,788	+	食費 1,512 <small>*朝、昼、夜各1食ずつご利用の場合</small>	+	水道光熱費 550 <small>※従量課金</small>
<small>*表記の介護保険料は2日分です</small> <small>*介護保険自己負担金額は小数点以下の処理の影響で、日数によって若干異なるケースがあります。</small>						
1泊2日のご利用料(税込) <b>28,282</b> <small>プラス水道光熱費</small>						

宿泊に応じた料金の目安表になります。(円)

【介護保険 1割負担】

※食費、介護保険込み。介護保険の限度額をオーバーする場合は、介護保険料が自己負担となり目安表の料金と異なります。

利用日数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日	12,362	12,442	12,528	12,607	12,691
2日	26,233	26,396	26,566	26,724	26,892
3日	40,107	40,350	40,606	40,844	41,094
4日	53,979	54,305	54,645	54,961	55,296
5日	67,851	68,259	68,684	69,078	69,498
6日	81,723	82,212	82,722	83,196	83,700
7日	95,597	96,166	96,761	97,315	97,901
8日	109,468	110,120	110,801	111,433	112,104
9日	123,341	124,074	124,839	125,551	126,305
10日	137,213	138,028	138,879	139,669	140,507
11日	151,087	151,982	152,918	153,786	154,710
12日	164,959	165,935	166,957	167,906	168,911
13日	178,832	179,890	180,996	182,022	183,113
14日	192,703	193,844	195,034	196,141	197,314
15日	206,577	207,798	209,074	210,258	211,517
16日	220,450	221,752	223,112	224,377	225,719
17日	234,321	235,706	237,152	238,496	239,920
18日	248,194	249,660	251,192	252,613	254,123
19日	262,067	263,614	265,229	266,731	268,324
20日	275,939	277,568	279,269	280,849	282,526
21日	289,811	291,521	293,308	294,967	296,729
22日	303,684	305,475	307,348	309,084	310,930
23日	317,557	319,428	321,387	323,203	325,132
24日	331,430	333,384	335,425	337,321	339,333
25日	345,301	347,338	349,465	351,440	353,536
26日	359,174	361,292	363,502	365,558	367,738
27日	373,047	375,246	377,542	379,675	381,939
28日	386,919	389,199	391,582	393,794	396,142
29日	400,792	403,153	405,621	407,910	410,343
30日	414,664	417,107	419,660	422,030	424,545

宿泊に応じた料金の目安表になります。(円)

【介護保険 2割負担】

※食費、介護保険込み。介護保険の限度額をオーバーする場合は、介護保険料が自己負担となり目安表の料金と異なります。

泊数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日	13,054	13,215	13,387	13,544	13,712
2日	27,615	27,942	28,282	28,598	28,933
3日	42,182	42,668	43,180	43,656	44,157
4日	56,745	57,397	58,077	58,709	59,379
5日	71,308	72,124	72,974	73,763	74,602
6日	85,871	86,850	87,870	88,817	89,826
7日	100,439	101,577	102,767	103,875	105,047
8日	115,000	116,303	117,666	118,930	120,271
9日	129,565	131,030	132,560	133,984	135,493
10日	144,128	145,757	147,459	149,040	150,716
11日	158,694	160,485	162,356	164,093	165,940
12日	173,257	175,210	177,253	179,151	181,161
13日	187,822	189,939	192,151	194,203	196,385
14日	202,383	204,665	207,046	209,259	211,606
15日	216,950	219,392	221,945	224,312	226,830
16日	231,516	234,119	236,839	239,370	242,054
17日	246,077	248,847	251,738	254,426	257,275
18日	260,642	263,574	266,637	269,480	272,499
19日	275,207	278,301	281,531	284,535	287,720
20日	289,770	293,027	296,430	299,589	302,944
21日	304,333	307,752	311,327	314,645	318,168
22日	318,897	322,480	326,226	329,698	333,389
23日	333,462	337,205	341,122	344,754	348,613
24日	348,027	351,936	356,017	359,810	363,834
25日	362,588	366,663	370,916	374,866	379,058
26日	377,153	381,389	385,810	389,922	394,282
27日	391,719	396,116	400,709	404,975	409,503
28日	406,282	410,842	415,608	420,031	424,727
29日	420,847	425,569	430,505	435,083	439,948
30日	435,410	440,296	445,401	450,141	455,172

宿泊に応じた料金の目安表になります。(円)

【介護保険 3割負担】

※食費、介護保険込み。介護保険の限度額をオーバーする場合は、介護保険料が自己負担となり目安表の料金と異なります。

泊数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日	13,746	13,988	14,246	14,482	14,733
2日	28,997	29,487	29,997	30,472	30,975
3日	44,257	44,987	45,755	46,468	47,220
4日	59,512	60,489	61,510	62,458	63,462
5日	74,766	75,989	77,264	78,448	79,707
6日	90,020	91,488	93,018	94,438	95,952
7日	105,281	106,988	108,773	110,434	112,193
8日	120,532	122,487	124,531	126,427	128,438
9日	135,789	137,986	140,282	142,417	144,680
10日	151,043	153,486	156,040	158,411	160,925
11日	166,301	168,988	171,794	174,400	177,170
12日	181,555	184,485	187,549	190,397	193,412
13日	196,812	199,988	203,306	206,384	209,657
14日	212,063	215,487	219,058	222,377	225,898
15日	227,324	230,986	234,816	238,367	242,144
16日	242,581	246,486	250,567	254,363	258,389
17日	257,832	261,988	266,324	270,356	274,630
18日	273,090	277,488	282,082	286,346	290,875
19日	288,347	292,987	297,833	302,339	307,117
20日	303,601	308,487	313,591	318,329	323,362
21日	318,855	323,983	329,346	334,323	339,607
22日	334,110	339,485	345,104	350,312	355,849
23日	349,367	354,982	360,858	366,306	372,094
24日	364,625	370,488	376,609	382,299	388,335
25日	379,876	385,987	392,367	398,292	404,580
26日	395,133	401,487	408,118	414,285	420,825
27日	410,391	416,986	423,876	430,275	437,067
28日	425,645	432,485	439,634	446,268	453,312
29日	440,902	447,985	455,388	462,255	469,554
30日	456,156	463,484	471,143	478,252	485,799