

フクト21ショートステイアイリス利用料金 同意書

利用料金は、厚生労働省が定めた告示上の基準の額とし、利用者負担額は、原則として基本料金に対して介護保険負担割合証に記載の負担割合（1～3割）に応じた額です。

尚、厚生労働省が定めた告示上の基準額が改定された場合は、改定後の金額を適用するものとします。改定時、事業所は法令改正後、速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

介護保険料の滞納に伴う給付制限を受けている場合は負担金額及び支払方法が変わることがあります。

R6.9.1改定

A*介護保険料金+居住費+食費

単位：円

介護度	介護保険負担段階	介護保険1割負担		食費	居住費		1日分の合計	
		従来型個室	多床室		従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要支援1	第1段階	451	451	300	380	-	1,146	766
	第2段階			600	480	430	1,546	1,496
	第3段階①			1,000	880	430	2,346	1,896
	第3段階②			1,300	880	430	2,646	2,196
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,116	3,666
要支援2	第1段階	561	561	300	380	-	1,260	880
	第2段階			600	480	430	1,660	1,610
	第3段階①			1,000	880	430	2,460	2,010
	第3段階②			1,300	880	430	2,760	2,310
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,230	3,780
要介護1	第1段階	603	603	300	380	-	1,303	923
	第2段階			600	480	430	1,703	1,653
	第3段階①			1,000	880	430	2,503	2,053
	第3段階②			1,300	880	430	2,803	2,353
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,273	3,823
要介護2	第1段階	672	672	300	380	-	1,374	994
	第2段階			600	480	430	1,774	1,724
	第3段階①			1,000	880	430	2,574	2,124
	第3段階②			1,300	880	430	2,874	2,424
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,344	3,894
要介護3	第1段階	745	745	300	320	-	1,390	1,070
	第2段階			600	420	430	1,790	1,800
	第3段階①			1,000	820	430	2,590	2,200
	第3段階②			1,300	820	430	2,890	1,730
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,420	3,970
要介護4	第1段階	815	815	300	360	-	1,502	1,142
	第2段階			600	480	430	1,922	1,872
	第3段階①			1,000	880	430	2,722	2,272
	第3段階②			1,300	880	430	3,022	2,572
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,492	4,042
要介護5	第1段階	884	884	300	360	-	1,573	1,213
	第2段階			600	480	430	1,993	1,943
	第3段階①			1,000	880	430	2,793	2,343
	第3段階②			1,300	880	430	3,093	2,643
	第4段階			1,800	1,850	1,400	4,563	4,113

加算料金

ご説明後に☑を記入させていただきま す。	加算の種類	加算単位	ご説明後に☑を記入させていただきま す。	加算の種類	加算単位
<input type="checkbox"/>	生活相談員等配置加算	13/日	<input checked="" type="checkbox"/>	送迎加算	184/片道
<input checked="" type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算Ⅰ	100/月	<input checked="" type="checkbox"/>	緊急短期入所受入加算	90/日
<input checked="" type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算Ⅱ	200/月	<input type="checkbox"/>	療養食加算※1日3回限度	8/回
<input type="checkbox"/>	機能訓練体制加算	12/日	<input type="checkbox"/>	在宅中重度者受入加算Ⅰ	421/日
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練体制加算	56/日	<input type="checkbox"/>	在宅中重度者受入加算Ⅱ	417/日
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算Ⅰ	4/日	<input type="checkbox"/>	在宅中重度者受入加算Ⅲ	413/日
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算Ⅱ	8/日	<input type="checkbox"/>	在宅中重度者受入加算Ⅳ	425/日
<input type="checkbox"/>	看護体制加算Ⅲイ	12/日	<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算Ⅰ	3/日
<input type="checkbox"/>	看護体制加算Ⅲロ	6/日	<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算Ⅱ	4/日
<input type="checkbox"/>	看護体制加算Ⅳイ	23/日	<input type="checkbox"/>	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日
<input type="checkbox"/>	看護体制加算Ⅳロ	13/日	<input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症入所者受入加算	120/日
<input type="checkbox"/>	医療連携強化加算	58/日	<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22/日
<input checked="" type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算Ⅰ	13/日	<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18/日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算Ⅱ	18/日	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6/日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算Ⅲ	15/日	<input type="checkbox"/>	看取り連携体制加算	64/日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算Ⅳ	20/日	<input type="checkbox"/>	口腔連携強化加算	50/月
<input type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅰ	100/月	<input checked="" type="checkbox"/>	長期利用者提供減算 (61日以降は別単位)	30/月
<input checked="" type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			利用単位数×0.14円/日	

B*実費

医療費(往診・受診・薬代) 医療にかかる個人物品	実費	<input checked="" type="checkbox"/>
理美容代	カット	1,520円
買物代行・嗜好品	実費	<input checked="" type="checkbox"/>
インフルエンザ予防接種	実費	<input checked="" type="checkbox"/>
電気代	1点70円、2点以上120円/日	<input checked="" type="checkbox"/>
介護保険外居室料(入院7日目から算定)	実費	<input checked="" type="checkbox"/>

C*加算料金

介護 負担割合	1割負担	4,500	～	5,000
	2割負担	9,000	～	10,000
	3割負担	13,500	～	15,000

ご利用料金の概算は

A利用料計+B個別実費料金+加算料金の合計額となります

サービスのご提供にあたり、本紙面に基づき、ご利用サービスに関わる費用の説明を行いました。

説明日　　：令和　　年　　月　　日

【説明者】 住所：埼玉県川越市山田1526-1

事業所：ショートステイアイリス

代表者職・氏名：生活相談員

印

【確認者氏名】

(続柄)

【確認者氏名】