

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イ | 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ロ | 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ハ | 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ニ | 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) 医療にかかわる個人物品 | 実費 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 理美容代 カット | 1,520円 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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】