

(空床) ショートステイアイリス式番館利用料金 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。

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割負担分		食費	居住費	1日分の合計	
		通常SS	空床SS			通常SS	空床SS
要支援1	第1段階	529	529	300	820	1,666	1,666
	第2段階			600	820	1,966	1,966
	第3段階①			1,000	1,310	2,856	2,856
	第3段階②			1,300	1,310	3,156	3,156
	第4段階			1,800	2,500	4,846	4,846
要支援2	第1段階	656	656	300	820	1,798	1,798
	第2段階			600	820	2,098	2,098
	第3段階①			1,000	1,310	2,988	2,988
	第3段階②			1,300	1,310	3,288	3,288
	第4段階			1,800	2,500	4,978	4,978
要介護1	第1段階	704	704	300	820	1,847	1,847
	第2段階			600	820	2,147	2,147
	第3段階①			1,000	1,310	3,037	3,037
	第3段階②			1,300	1,310	3,337	3,337
	第4段階			1,800	2,500	5,027	5,027
要介護2	第1段階	772	772	300	820	1,917	1,917
	第2段階			600	820	2,217	2,217
	第3段階①			1,000	1,310	3,107	3,107
	第3段階②			1,300	1,310	3,407	3,407
	第4段階			1,800	2,500	5,097	5,097
要介護3	第1段階	847	847	300	820	1,995	1,995
	第2段階			600	820	2,295	2,295
	第3段階①			1,000	1,310	3,185	3,185
	第3段階②			1,300	1,310	3,485	3,485
	第4段階			1,800	2,500	5,175	5,175
要介護4	第1段階	918	918	300	820	2,068	2,068
	第2段階			600	820	2,368	2,368
	第3段階①			1,000	1,310	3,258	3,258
	第3段階②			1,300	1,310	3,558	3,558
	第4段階			1,800	2,500	5,248	5,248
要介護5	第1段階	987	987	300	820	2,140	2,140
	第2段階			600	820	2,440	2,440
	第3段階①			1,000	1,310	3,330	3,330
	第3段階②			1,300	1,310	3,630	3,630
	第4段階			1,800	2,500	5,320	5,320

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 type="checkbox"/>	送迎加算	184/片道
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算Ⅰ	100/月	<input type="checkbox"/>	緊急短期入所受入加算	90/日
<input 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"/>	機能訓練指導体制加算	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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/>	長期利用者提供減算 (61日以降は別単位)	-30/日
<input type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	介護職等处遇改善加算(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	2,150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武番館

代表者職・氏名：生活相談員

印

【確認者氏名】

(続柄)

【利用者氏名】