



短期入所療養介護利用料金表(多床室)【超在宅強化型】

短期間入所される方の料金表です。(介護保険給付10割のうち、利用者様負担と保険外費用を表示しています。)

2021年8月1日 作成

要介護度区分		自己負担割合			1日の利用合計 (1割負担の概算)	1段階	2段階	3段階①	3段階②	4段階
		1割	2割	3割						
サービス費	要介護1	875円	1,750円	2,625円	¥1,530	¥2,200	¥2,600	¥2,900	¥3,207	
	要介護2	951円	1,902円	2,853円	¥1,611	¥2,281	¥2,681	¥2,981	¥3,288	
	要介護3	1,014円	2,028円	3,042円	¥1,677	¥2,347	¥2,747	¥3,047	¥3,354	
	要介護4	1,071円	2,142円	3,213円	¥1,737	¥2,407	¥2,807	¥3,107	¥3,414	
	要介護5	1,129円	2,258円	3,387円	¥1,800	¥2,470	¥2,870	¥3,170	¥3,477	
	※(サービス費、基本加算、実費を含む)									
基本加算	サービス提供体制加算 (I)	22円	44円	66円	介護福祉士有資格者の配置加算					
	夜勤職員配置加算	24円	48円	72円	夜間の勤務(看護と介護職)の数が6名以上の配置加算					
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算II	46円	92円	138円	在宅強化型老健であって、在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設と評価された場合					
	処遇改善加算 (I)	介護職員の賃金改善等を実施しているものとして県に届け出た事業所が利用者様に対しサービスを提供した場合			※その月の介護報酬利用者負担額×0.039					
	特定処遇改善加算 (I)	介護職員の賃金改善等を実施しているものとして県に届け出た事業所が利用者様に対しサービスを提供した場合			※その月の介護報酬利用者負担額×0.021					
状況に応じた提供加算		1割	2割	3割	算定要件					
	個別リハビリ加算	240円	480円	720円	利用者様ごとに個別リハビリテーション計画を作成し計画に基づき個別リハビリテーションを20分以上実施した場合					
	送迎加算(片道につき)	184円	368円	552円	送迎を利用した場合					
	緊急短期入所受入対応加算 (7~14日)	90円	180円	270円	介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により短期入所が必要となった場合であって、かつ、居宅サービス計画において当該日に短期入所を利用することが計画されてない場合					
	重度療養管理加算(I)	120円	240円	360円	要介護4又は要介護5に該当する者であって別に厚生労働大臣の定める状態にある利用者に対して計画的な医学的管理を継続に行った場合					
	療養食加算(1食につき)	8円	16円	24円	療養食の提供は、利用者様の病状等に応じて、施設医師より疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、提供されます。 ※ 療養食〔腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食〕					
	緊急時治療管理費 (1月1回連続する3日限度)	518円	1,036円	1,554円	利用者様の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる医療行為					
実費	日常生活費	205円			日常生活で利用者様個々の使用する日常生活用品(消耗品)に係る費用です。 (ハンドタオル、バスタオル、入浴用タオル、シャンプー&リンス、ボディソープ、固形石鹸、薬用ハンドソープ、紙おしぼり、歯ブラシ(口腔ケア用ガーゼ)、歯磨き粉、入歯洗浄剤、ティシュペーパー、ゴミ袋、髭剃り、シエブガード)					
	居住費・食費	※介護保険利用者負担段階(裏面参照)								
	チューブ代	155円			経管栄養の利用者様へチューブを提供した場合					
	栄養補助食品費 (栄養状態に応じて)	アクアサポート(140円) / メイバランスミニ(105円) / アイソカルゼリー(105円) / プロッカゼリー(120円) / ブリックゼリー(175円) / オルニュート(165円) / サルコファイバー(200円)								
	文書作成費用	利用証明書(1,100円) / 領収証明書(550円)								

介護保険 利用者負担段階

※ 所得が低い方の食事・居住費負担を減らすための措置です。手続きは、市町村へ利用者様の申請に基づき、所得に応じて適応要否の確認が行われます。対象者へは市町村から「介護保険負担限度額認定証」が交付されます。
 (注: 市町村から認定証の情報は施設にはありません。利用者様またはご家族が直接、当施設へ認定証のご提示が必要です。ご提示がない場合は減額となりません。)
 入所された同月に認定証の提示が無い場合は、「食費・居住費」は全額自己負担となります。

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階	介護保険負担限度額証 見本																								
1 割 負 担	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税 (世帯主および全世帯員が市町村民税世帯非課税、市町村民税免除)の老齢福祉金受給者 ・境界層該当者 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税世帯非課税 (課税年金収入額+合計所得金額の合計額が80万円以下) ・境界層該当者 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税世帯非課税 (課税年金収入額が80万超120万未満) ・境界層該当者 ・市町村民税課税層における特例減額措置の適用者 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税世帯非課税 (課税年金収入額が120万超) ・境界層該当者 ・市町村民税課税層における特例減額措置の適用者 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税本人課税者 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">介護保険負担限度額認定証</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">交付年月日 平成19年 4月 10日</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">番 号</td> <td>0000111222</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td>豊見城市字上田25番地</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>ユウアイエン タロウ</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td>友愛園 太郎</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>大正 3年 1月 1日 性別 男</td> </tr> <tr> <td>通年年月日</td> <td>平成 19年 4月 1日から</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>平成 20年 6月 30日まで</td> </tr> <tr> <td>食事の負担限度額</td> <td>1日当たり 650円</td> </tr> <tr> <td>居住費又は滞在費の負担限度額</td> <td> ユニット型個室 1640円 ユニット型準個室 1310円 従来型個室(特養等) 820円 従来型個室(老健・療養等) 1310円 多床室 320円 </td> </tr> <tr> <td>保険者番号並びに保険者の名称及び印</td> <td> 4 7 2 1 0 0 豊見城市 〒901-0222 沖縄県豊見城市1丁目1番地 TEL 098-856-1111 </td> </tr> </table>	介護保険負担限度額認定証		交付年月日 平成19年 4月 10日		番 号	0000111222	住 所	豊見城市字上田25番地	フリガナ	ユウアイエン タロウ	氏 名	友愛園 太郎	生年月日	大正 3年 1月 1日 性別 男	通年年月日	平成 19年 4月 1日から	有効期限	平成 20年 6月 30日まで	食事の負担限度額	1日当たり 650円	居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 1640円 ユニット型準個室 1310円 従来型個室(特養等) 820円 従来型個室(老健・療養等) 1310円 多床室 320円	保険者番号並びに保険者の名称及び印	4 7 2 1 0 0 豊見城市 〒901-0222 沖縄県豊見城市1丁目1番地 TEL 098-856-1111
介護保険負担限度額認定証																														
交付年月日 平成19年 4月 10日																														
番 号	0000111222																													
住 所	豊見城市字上田25番地																													
フリガナ	ユウアイエン タロウ																													
氏 名	友愛園 太郎																													
生年月日	大正 3年 1月 1日 性別 男																													
通年年月日	平成 19年 4月 1日から																													
有効期限	平成 20年 6月 30日まで																													
食事の負担限度額	1日当たり 650円																													
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 1640円 ユニット型準個室 1310円 従来型個室(特養等) 820円 従来型個室(老健・療養等) 1310円 多床室 320円																													
保険者番号並びに保険者の名称及び印	4 7 2 1 0 0 豊見城市 〒901-0222 沖縄県豊見城市1丁目1番地 TEL 098-856-1111																													
(食 材 料 ・ 調 理 費 む)	300円/日	600円/日	1,000円/日	1,300円/日	1,600円/日 朝: 360円 昼: 570円 夕: 670円																									
	※ 急な「外出や外泊、入院や退所等」の場合、食費は1日分の食費請求となります。 ※ 食事キャンセルの届出がある場合、1食毎の計算をいたします。届出は2日前の午前中までに看護職員へ申しつけてください。																													
	療養食上乘せ分	併設より入所、併設へ退所した日に請求します。/1食につき80円(療養食の方のみ)																												
居 住 費	0円	370円/日			377円/日																									
	室料と光熱水費相当分の金額です。 ※外出・外泊期間中においても、居室が確保されていることから居住費が発生いたします。																													
日帰り利用 … 体調不良等により日帰り利用された場合も1日分の料金を請求いたします。																														
2 割 負 担	<ul style="list-style-type: none"> ・合計所得金額が160万以上(単身で年金収入のみの場合は年収280万以上) ※ただし、上記でも実質的な所得が280万に満たない場合や2人以上世帯における負担能力が低いケースについては・・・ <div style="margin-left: 20px;"> 単 身 : 280万未満 2人以上 : 346万未満 </div> } 1割負担となる					食費・居住費については、 第4段階の金額と同様になります。																								
3 割 負 担	<ul style="list-style-type: none"> ・合計所得金額が220万円以上 ※ただし、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が、単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割負担又は1割負担になります。 					食費・居住費については、 第4段階の金額と同様になります。																								