

## (介護予防)短期入所生活介護サービス利用料金表

当事業所のサービス料金(ご契約者の要介護度に応じて異なります)

単位：円

ご契約者の要介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
a. サービス利用料金	5,230	6,490	6,960	7,640	8,380	9,080	9,760
b. うち、介護保険から給付される金額 (1 割)	4,707	5,841	6,264	6,876	7,542	8,172	8,784
b. うち、介護保険から給付される金額 (2 割)	4,184	5,192	5,568	6,112	6,704	7,264	7,808
c. 介護保険基本自己負担 (1 割)	523	649	696	764	838	908	976
c. 介護保険基本自己負担 (2 割)	1,046	1,298	1,392	1,528	1,676	1,816	1,952
c. 介護保険基本自己負担 (3 割)	1,569	1,947	2,088	2,292	2,514	2,724	2,928
d. 居室自己負担額	2,006						
e. 食事自己負担額	1,445(朝食/夕食 480 ・ 昼食 485)						
f. 自己負担額合計 (1 割)	3,974	4,100	4,147	4,215	4,289	4,359	4,427
f. 自己負担額合計 (2 割)	4,497	4,749	4,843	4,979	5,127	5,267	5,403
f. 自己負担額合計 (3 割)	5,020	5,398	5,539	5,743	5,965	6,175	6,379

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付致します。

☆ 介護報酬の変更や要介護度の変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額は変更になります。また、施設の体制によりサービス加算の変更も以下等のように変更になります。

☆ その他の介護給付サービス加算 (1 割負担の場合)

加算の種類	加算料金額	介護給付額 90%	利用者負担 10%
1. サービス提供体制強化加算Ⅱ	180 円	162 円	18 円
2. 夜勤職員配置加算Ⅱ	180 円	162 円	18 円
3. 生活機能向上連携加算	月/2,000 円	月/1,800 円	月/200 円
4. 緊急短期入所受入加算	日/900 円	日/810 円	日/90 円
5. 介護職員処遇改善加算Ⅰ	※サービス利用料金+加算×8.3%	※の 90%	※の 10%
6. 特定処遇改善加算Ⅰ	※サービス利用料金+加算×2.7%	※の 90%	※の 10%

※1 サービス提供体制加算Ⅱ…介護福祉士が介護職員総数の 60%以上の場合

## 当事業所の滞在費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護受給者には、保険者よりサービス利用の滞在費・食費の負担軽減が受けられます。

単位：円

対象者		区分	滞在費	食費
生活保護受給者		負担段階 1	820	300
市町村民税非課税 世帯全員(世帯分 離している配偶者 を含む)が	年金収入額と合計所得金額の合計 が 80 万円以下の方	負担段階 2	820	600
	年金収入額と合計所得金額の合計 が 80 万円以上 120 万円以下の方	負担段階 3 ①	820	1,000
	年金収入額と合計所得金額の合計 が 120 万円以上の方	負担段階 3 ②	1,310	1,300
上記以外の方		負担段階 4	2,006	1,445

※ この他、預貯金額も加味され認定されます

## 短期入所利用時にご用意いただく物品一覧表

### ▼必要証書関係▼

後期高齢者医療被保険者証
各種医療機関診察券
介護保険被保険者証(遠軽町はピンク色)
介護保険負担限度額認定証(遠軽町は水色)※交付されている方
介護保険負担割合証(遠軽町は黄色)
おくすり手帳

### ▼日用物品等(1泊の場合)

### ▼日用物品等(2泊以上の場合)

飲まれているお薬(軟膏・目薬等も)	飲まれているお薬(軟膏・目薬等も)
普段着 上下 1枚替え程度	普段着 上下 3枚替え程度
下着 少なくとも2~3枚	下着 少なくとも3~4枚
パジャマ・スウェット等(1セット)	パジャマ・スウェット等(2セット)
靴下 必要数	靴下 必要数
口腔ケアセット(歯ブラシ、コップ等)	口腔ケアセット(歯ブラシ、コップ等)
スリッパ・介護シューズ	スリッパ・介護シューズ
T字・電気ひげ剃り(男性のみ)	T字・電気ひげ剃り(男性のみ)
タオル・バスタオル(1枚ずつ) ※施設で用意しますが、私物を希望する方	タオル・バスタオル(1枚ずつ) ※施設で用意しますが、私物を希望する方
ポリグリップ・ポリデント(必要な方)	ポリグリップ・ポリデント(必要な方)
おやつ(食べる習慣のある方)	おやつ(食べる習慣のある方)

※お手数ですが、持ち物には必ず氏名を記入していただきますようよろしくお願いします。