

「正寿園」短期入所生活介護事業所

利用料金表（R5年4月～）

内 容			基本報酬		備 考		
介護 保 険 対 象 ※ 1	施設 利用料 (1日)	要介護 1	596 円		※1 負割合が 1 割の方の場合		
		要介護 2	665 円				
		要介護 3	737 円				
		要介護 4	806 円				
		要介護 5	874 円				
	夜勤職員配置加算 (1日)		13 円		計 12.6%を介護保険対象合計に乗じる		
	サービス提供体制強化加算 (1日)		18 円				
	介護職員処遇改善加算Ⅰ (1日)		8.3%				
	特定処遇改善加算Ⅰ (1日)		2.7%				
	介護職員等ベースアップ等支援加算(1日)		1.6%				
介護 保 険 対 象 外	日常生活品費 (1日)		110 円		水分補給・タオル・シャンプー等		
	介護保険負担限度額認定証		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
			老齢福祉年金 受給又は生活 保護受給者	住民税非課税で 所得が 80 万以下 の方等	住民税非課税で 所得が 80 万超 120 万以下方等	住民税非課税で 所得が 120 万を 超える方等	住 民 税 課 税 世帯の方
	滞在費 (1日)		0 円	370 円	370 円	370 円	855 円
	食 費 (1日) ※2		300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,700 円
	合計日額	要介護 1	1,116 円	1,786 円	2,186 円	2,486 円	3,371 円
要介護 2		1,194 円	1,864 円	2,264 円	2,564 円	3,449 円	
要介護 3		1,275 円	1,945 円	2,345 円	2,645 円	3,530 円	
要介護 4		1,352 円	2,022 円	2,422 円	2,722 円	3,607 円	
要介護 5		1,429 円	2,099 円	2,499 円	2,799 円	3,684 円	

※2 入退所日の食事代は、1食あたりの金額とする（朝450円、昼690円、夕560円）

但し介護保険負担限度額認定証の第1～3段階の場合は表示の金額となります。

●その他必要に応じての費用

	項 目		料 金	備 考		
介護 保険 対象	送迎加算（片道）		184 円	送迎をした場合		
	療養食加算（1 食）		8 円	医師の指示（食事箋）に基づく療養食の提供が行われた場合		
	緊急短期入所受入加算（1 日）		90 円	緊急的に短期入所を利用した場合（最高 2 週間のみ）		
介護 保険 対象 外	理美容代（1 回当）		2,100 円	毎月 1 回（不定期）理髪店の出張によるサービスを受けた場合		
	行事食（1 食）		363 円	希望により提供した場合		
	日用 品代	歯ブラシ（1 本）	126 円	口腔ケアシート（1 枚）	16 円	希望された 場合
		箱ティッシュ（1 箱）	75 円	義歯洗浄剤（1 個）	11 円	
	電気使用料（1 点/日当）		55 円	個人の電気器具を持ち込まれた場合		
	特別な送迎（1 k m 当）		55 円	事業実施地域外送迎を行った場合		

「正寿園」短期入所生活介護事業所

(介護予防短期入所生活介護)

利用料金表（R5 年 4 月～）

内 容					備 考		
介護 保険 対象 ※1	施設利用料 (1 日)	要支援 1	446 円		※1 負担割合が 1 割の方の場合		
		要支援 2	555 円				
	サービス提供体制強化加算 (1 日)		18 円				
	介護職員処遇改善加算Ⅰ (1 日)		8.3%		計 12.6%を介護保険対象合計に乗じる		
	特定処遇改善加算Ⅰ (1 日)		2.7%				
介護職員等ベースアップ等支援加算(1 日)		1.6%					
介 護 保 険 対 象 外	日常生活品費 (1 日)		110 円		水分補給・タオル・シャンプー・教養娯楽費等		
	介護保険負担限度額認定証		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
			老齢福祉年金 受給又は生活 保護受給者	住民税非課税で所 得が 80 万以下の方 等	住民税非課税で 所得が 80 万超 120 万以下	住民税非課税で 所得が 120 万を 超える方等	住民税課税 世帯の方
	滞在費 (1 日)		0 円	370 円	370 円	370 円	855 円
	食 費 (1 日) ※2		300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,700 円
合 計 日 額	要支援 1		932 円	1,602 円	2,002 円	2,302 円	3,187 円
	要支援 2		1,055 円	1,725 円	2,125 円	2,425 円	3,310 円

※2 入退所日の食事代は、1 食あたりの金額とする（朝 450 円、昼 690 円、夕 560 円）

但し介護保険負担限度額認定証の第 1～3 段階の場合は表示の金額となります。

●その他必要に応じての費用

	項 目	料 金	備 考
介護 保 険 対 象	送迎加算（片道）	184 円	送迎をした場合
	療養食加算（1 食）	8 円	医師の指示（食事箋）に基づく療養食の提供が行われた場合
介 護 保 険 対 象 外	理美容代（1 回当）	2,100 円	毎月 1 回（不定期）理髪店の出張によるサービスを受けた場合
	行事食（1 食）	363 円	希望により提供した場合
	日 用 品 代	歯ブラシ（1 本）	希望された場合
		箱ティッシュ（1 箱）	
		口腔ケアシート（1 枚）	
		義歯洗浄剤（1 個）	
	電気使用料（1 点/日当）	55 円	個人の電気器具を持ち込まれた場合
	特別な送迎（1 k m 当）	55 円	事業実施地域外送迎を行った場合