

## 料金規定

### (1) 介護サービス費

#### (1-1) 短期入所生活介護

##### 単独型ユニット型短期入所生活介護費（I）

要介護度	単位数
要介護1	746 単位/日
要介護2	815 単位/日
要介護3	891 単位/日
要介護4	959 単位/日
要介護5	1,028 単位/日

#### (1-2) 介護予防短期入所生活介護

##### 単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（I）

要介護度	単位数
要支援1	561 単位/日
要支援2	681 単位/日

### (2) その他介護サービス加算

#### (2-1) 短期入所生活介護

加算項目	単位数
短期生活夜勤職員配置加算Ⅱ	18 単位/日
機能訓練体制加算	12 単位/日
短期入所生活介護送迎加算	184 単位/回
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	ひと月あたりの総単位数×13.6%

#### (2-2) 介護予防短期入所生活介護

加算項目	単位数
介護予防短期入所生活介護送迎加算	184 単位/回
機能訓練体制加算	12 単位/日
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	ひと月あたりの総単位数×13.6%

### (3) 食費

1日あたり 1,445 円（朝食 441 円/昼食 502 円/夕食 502 円）

※食費・居室代については、自己負担額の軽減制度があります。

### (4) 居室代

1日あたり 2,700 円

※食費・居室代については、自己負担額の軽減制度があります。

### (5) 個別のサービス利用料金

理美容・クラブ活動（材料費）・余暇活動・行事など、希望されたサービスについては実費をご負担いただきます。

### (6) キャンセル料

キャンセルの場合は、利用開始予定日の**6日前**までに施設にご連絡ください。

**6日前**を過ぎて利用をキャンセルされた場合は、1日分の食費相当額と居室代をキャンセル料として請求させていただく場合がございますことをご了承ください。

なお、キャンセル料については、介護保険負担限度額は適用されません。

### (7) 支払方法

月末の翌月末日までに自動引き落としにてお支払いいただきます。なお、自動引き落としに関する手続きの関係、または利用者の都合で自動引き落としができなかった場合には、お振込み等でお支払いいただく場合があります。

**【料金の目安】 短期入所生活介護**

**【第4段階】** (1割負担者の場合)

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要介護1	951円	1,445円	2,700円	5,096円
要介護2	1,037円			5,182円
要介護3	1,132円			5,277円
要介護4	1,216円			5,361円
要介護5	1,303円			5,448円

**【第3段階②】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要介護1	951円	1,300円	1,310円	3,561円
要介護2	1,037円			3,647円
要介護3	1,132円			3,742円
要介護4	1,216円			3,826円
要介護5	1,303円			3,913円

**【第3段階①】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要介護1	951円	1,000円	1,310円	3,261円
要介護2	1,037円			3,347円
要介護3	1,132円			3,442円
要介護4	1,216円			3,526円
要介護5	1,303円			3,613円

**【第2段階】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要介護1	951円	600円	820円	2,371円
要介護2	1,037円			2,457円
要介護3	1,132円			2,552円
要介護4	1,216円			2,636円
要介護5	1,303円			2,723円

**【第1段階】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要介護1	951円	300円	820円	2,071円
要介護2	1,037円			2,157円
要介護3	1,132円			2,252円
要介護4	1,216円			2,336円

要介護 5	1,303 円			2,423 円
-------	---------	--	--	---------

**【料金の目安】 介護予防短期入所生活介護**

**【第 4 段階】** (1 割負担者の場合)

介護度	介護保険利用料	食費	居室代	合計
要支援 1	698 円	1,445	2,700	4,843 円
要支援 2	848 円			4,993 円

**【第 3 段階②】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要支援 1	698 円	1,300 円	1,310 円	3,308 円
要支援 2	848 円			3,458 円

**【第 3 段階①】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要支援 1	698 円	1,000 円	1,310 円	3,008 円
要支援 2	848 円			3,158 円

**【第 2 段階】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要支援 1	698 円	600 円	820 円	2,118 円
要支援 2	848 円			2,268 円

**【第 1 段階】**

介護度	介護保険利用料 利用者負担額	食費	居室代	合計
要支援 1	698 円	300 円	820 円	1,818 円
要支援 2	848 円			1,968 円

※単位数合計の端数は切り捨てとなります。

※1 級地（東京都特別区）のため 1 単位が 11.10 円（令和 3 年 4 月 1 日現在）

端数は四捨五入となります。※合計額は 1 日あたりの料金です。

※介護保険利用料利用者負担額には送迎費（片道 205 円）は含まれておりません。

送迎サービスを利用した場合は片道 205 円が加算されます。

※利用者負担額は介護保険制度改正や加算変更によって変更される場合があります。

※食費・居室代は今後変更される場合があります。変更が生じた場合には、都度、文書にて説明いたします。

年 月 日

(介護予防) 短期入所生活介護ご利用にあたり、ご利用者に対して料金規定について説明しました。

事業者 社会福祉法人 奉優会  
施設名 淡路にこここフォーユープラザ  
フォーユーショートステイ 淡路  
所在地 東京都千代田区神田淡路町二丁目 109 番  
施設長 島村 竜介

説明者

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により、事業所から (介護予防) 短期入所生活介護についての料金規定についての説明を受け、同意いたしました。

【ご利用者】

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

【ご利用者家族／代理人】

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

(続柄) \_\_\_\_\_