

併設型短期入所生活介護 利用料金に関する見積書及び同意書

ご契約者の要介護度と基本単位数		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)従来型個室		603単位	672単位	745単位	815単位	884単位
併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)多床室		603単位	672単位	745単位	815単位	884単位
加算項目	単位数	算定				
サービス提供体制加算Ⅰ	22単位/日	○				
看護体制加算(Ⅰ)	4単位/日	○				
看護体制加算(Ⅱ)	8単位/日	○				
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	13単位/日	○				
機能訓練体制加算	12単位/日	○				
※若年性認知症利用者受入加算	120単位/日	○(該当者のみ)				
※認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日	○(該当者のみ)				
※在宅中重度者受入加算(看護体制加算Ⅰ・Ⅱ算定あり)	413単位/日	○(該当者のみ)				
※緊急短期入所受入加算	90単位/日	○(該当者のみ)				
※送迎加算	184単位/片道	○(該当者のみ)				
※通院等乗降介助	99単位/片道	○(該当者のみ)				
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(基本単位数+加算単位数)×140/1000					
利用料金						
①サービス費自己負担額(1日)	【従来型個室】					
	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	
	1割負担					
	820円	906円	997円	1,084円	1,170円	
	2割負担					
	1,641円	1,813円	1,993円	2,167円	2,339円	
	3割負担					
	2,461円	2,719円	2,990円	3,251円	3,509円	
	【多床室】					
	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	
	1割負担					
	820円	906円	997円	1,084円	1,170円	
	2割負担					
	1,641円	1,813円	1,993円	2,167円	2,339円	
3割負担						
2,461円	2,719円	2,990円	3,251円	3,509円		
②食事に係る自己負担額(1日)						
介護保険負担限度額認定証 第1段階		300円				
介護保険負担限度額認定証 第2段階		600円				
介護保険負担限度額認定証 第3段階①		1,000円				
介護保険負担限度額認定証 第3段階②		1,300円				
減免等なし 第4段階		1,708円				
③居住費に係る自己負担額:従来型個室(1日)						
介護保険負担限度額認定証 第1段階		380円				
介護保険負担限度額認定証 第2段階		480円				
介護保険負担限度額認定証 第3段階①		880円				
介護保険負担限度額認定証 第3段階②		880円				
減免等なし 第4段階		1,560円				
③居住費に係る自己負担額:多床室(1日)						
介護保険負担限度額認定証 第1段階		0円				
介護保険負担限度額認定証 第2段階		430円				
介護保険負担限度額認定証 第3段階①		430円				
介護保険負担限度額認定証 第3段階②		430円				
減免等なし 第4段階		900円				
ご利用料金のお見積もり						
①施設サービス費	②食費	③居住費	①②③合計利用料(1日)			

併設型短期入所生活介護 利用料金に関する見積書及び同意書

※上記金額については、単位数の計算上実際の請求とは多少の誤差が発生する場合があります。
※介護保険負担限度額認定証以外の各種減免・減額の認定証(社会福祉法人による利用者負担軽減確認証・横浜市介護サービス自己負担助成証・被爆者助成証等)をお持ちの方については上記金額が変更になる場合があります。ご利用時に必ずご提出をお願いします。

その他の費用(各個人の日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの等)について	個別選択事項(希望欄に○をつける)		
	希望する	希望しない	本人にまかせる
A.理美容師の出張による施設内でのサービス:実費 【カット 2,200円 パーマ 8,250円(カット・ブロー付き)など】	希望する	希望しない	本人にまかせる
B.協力医療機関や協力医療機関よりも遠方の病院等へ送迎する場合:1kmあたり140円	希望する	希望しない	本人にまかせる

短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき利用料金に関する説明を行いました。

事業者 〒241-0802 横浜市旭区上川井町1988 シャローム横浜 電話 045-922-7333 FAX 045-922-7334

説明者 _____ 印 _____

上記について、説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 _____ 印 _____

身元保証人 _____ 印 _____