

短期入所生活介護（ショートステイ）利用限度日数・料金目安

所在地： 豊見城市字長堂376番地

連絡先：（電話）098-840-2600（FAX）098-840-2601

施設タイプ： 併設型（介護予防）ユニット型個室

事業所番号： 4775407499

サービス コード	介護度	限度日数	介護サービス費			
			1割負担		2割負担	
242411	要支援1	8 日	529 円	1,058 円	1,587 円	
242421	要支援2	14～15 日	656 円	1,312 円	1,968 円	
212411	要介護1	22 日	704 円	1,408 円	2,112 円	
212421	要介護2	23～24 日	772 円	1,544 円	2,316 円	
212431	要介護3	30 日	847 円	1,694 円	2,541 円	
212441	要介護4	30 日	918 円	1,836 円	2,754 円	
212451	要介護5	30 日	987 円	1,974 円	2,961 円	

<加算サービス料金>

- ・短期生活 機能訓練体制加算(216004)： 12点/日
- ・短期入所生活介護送迎加算(219200)： 184点/回
- ・夜勤職員配置加算Ⅱ(216119)： 18点/日(予防対象外)
- ・看護体制加算Ⅰ(216113)： 4点/日(予防対象外)
- ・看護体制加算Ⅱ(216115)： 8点/日(予防対象外)
- ・短期生活 処遇改善加算Ⅱ(216107)・・・利用合計×13.6%

<その他費用>

- ・クラブ活動費・・・材料費等
- ・日常生活上必要となる諸費用・・・実費
- ・事業所が提供する以外の物品等・・・実費

	所得段階					
	1段階	2段階	3段階①	3段階②		4段階
居住費	880 円	880 円	1,370	1,370	円	2,066 円
食費	300 円	600 円	1,000	1,300	円	1,445 円
小計	1180 円	1480 円	2,370	2,670	円	3,511 円

私は、本書面により、事業所より利用料金等についての説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

<利用者> 氏名

<利用者代理人> 氏名

続柄（ ）