

介護報酬告示額（単独型料金を記載）

## (1) 多床室基本料金（1日当たり）

要介護度	単位数	利用料	自己負担額
要介護1	640単位	6,400円 (12,800円)	640円 (1,280円)
要介護2	707単位	7,070円 (14,140円)	707円 (1,414円)
要介護3	775単位	7,750円 (15,500円)	775円 (1,550円)
要介護4	842単位	8,420円 (16,840円)	842円 (1,684円)
要介護5	907単位	9,070円 (18,140円)	907円 (1,814円)
滞在費（多床室）		840円	840円
食事代		1,380円	1,380円

## (2) 従来型個室基本料金（1日当たり）

要介護度	単位数	利用料	自己負担額
要介護1	620単位	6,200円 (12,400円)	620円 (1,240円)
要介護2	687単位	6,870円 (13,740円)	687円 (1,374円)
要介護3	755単位	7,550円 (15,100円)	755円 (1,510円)
要介護4	822単位	8,220円 (16,440円)	822円 (1,644円)
要介護5	887単位	8,870円 (17,740円)	887円 (1,774円)
滞在費(従来型個室)		1,150円	1,150円
食事代		1,380円	1,380円

\* ( )内は2割負担の場合。

\* 食事代、居住費については減免制度があり個々によって単価が異なります。

## (3) 加算料金等

\* ご契約時下記の項目のみ算定させていただきます。

	加算 有/無	回数	単位数	自己負担額
送迎加算	有	片道につき (施設送迎時)	184単位	184円
看護体制加算Ⅰ	無	1日につき	4単位	4円
看護体制加算Ⅱ	有	1日につき	8単位	8円
機能訓練指導体制	無	1日につき	12単位	12円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	有	1ヶ月につき	5.9%	下記※印参照

※介護職員処遇改善加算Ⅰについては、1ヶ月のご利用単位数に5.9%を乗じた金額をご負担していただきます。

 その他の費用

理美容代、嗜好品、医療費、については、別途実費負担になります。
---------------------------------

上記の内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

&lt;利用者氏名&gt;

印

&lt;代理人氏名&gt;

印

## 介護予防短期入所生活介護 利用料金

別紙(2)

介護報酬告示額（単独型料金を記載）

### (1) 多床室基本料金（1日当たり）

要介護度	単位数	利用料	自己負担額
要支援1	460単位	4,600円 (9,200円)	460円 (920円)
要支援2	573単位	5,730円 (11,460円)	573円 (1,146円)
居住費（多床室）		840円	840円
食事代		1,380円	1,380円

### (2) 個室基本料金（1日当たり）

要介護度	単位数	利用料	自己負担額
要支援1	461単位	4,610円 (9,220円)	461円 (922円)
要支援2	572単位	5,720円 (11,440円)	572円 (1,144円)
居住費（個室）		1,150円	1,150円
食事代		1,380円	1,380円

\*（ ）内は2割負担の場合。

\* 食事代、居住費については減免制度があり個々によって単価が異なります。

その他の費用

理美容代、嗜好品、医療費については、別途実費負担になります。

### (2) 加算料金

\* ご契約時下記、○印をした加算のみ算定させていただきます。

加算項目	有無	回数	単位数	自己負担額
送迎加算	有	片道につき	184単位	184円
機能訓練指導体制	無	1日につき	12単位	12円
介護職員処遇改善加算 I	有	1ヶ月につき	5.9%	下記※印参照

※介護職員処遇改善加算 I については、1ヶ月のご利用単位数に5.9%を乗じた金額をご負担していただきます。

上記の内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

<利用者氏名>

印

<代理人氏名>

印