

□ 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	638単位	6,380円	638円
要介護2	707単位	7,070円	707円
要介護3	778単位	7,780円	778円
要介護4	847単位	8,470円	847円
要介護5	916単位	9,160円	916円
滞在費（多床室）		855円	855円
食事代	朝食:300円、昼食:600円、夕食:600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	638単位	6,380円	638円
要介護2	707単位	7,070円	707円
要介護3	778単位	7,780円	778円
要介護4	847単位	8,470円	847円
要介護5	916単位	9,160円	916円
滞在費（従来型個室）		1,171円	1,171円
食事代	朝食:300円、昼食:600円、夕食:600円		

多床室、個室ともに、

- \* 表示金額は1割負担の場合であり、2割負担の場合は2倍、3割負担の場合は3倍の額となります。
- \* 滞在費、食事代については負担割合はありませんが、減免制度があり個々によって単価が異なります。
- \* 令和3年9月30日までは、新型コロナウイルス感染症に係るかかり増し分として、基本報酬に0.1%が上乘せされます。

(3) 加算料金等

\* ご利用に際し、下記の項目の加算を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	有	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
サービス提供体制強化加算Ⅲ	有	1日につき	6単位	6円
機能訓練指導体制	有	1日につき	12単位	12円
緊急短期入所受入加算	有	1日につき (最大14日間)	90単位	90円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	有	1ヶ月につき	8.3%	下記※1印参照
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	有	1ヶ月につき	2.3%	下記※2印参照

※1 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8.3%を乗じた金額をご負担していただきます。

※2 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱについては、1ヶ月のご利用単位数に2.3%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。

テレビ、暖房器具(電気毛布、電気あんか等)ご利用電気料(それぞれ日額50円)負担となります。

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

<利用者氏名>

<代理人氏名>

## 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	474単位	4,740円	474円
要支援2	589単位	5,890円	589円
滞在費（多床室）		855円	855円
食事代	朝食：300円、昼食：600円、夕食：600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	474単位	4,740円	474円
要支援2	589単位	5,890円	589円
滞在費（個室）		1,171円	1,171円
食事代	朝食：300円、昼食：600円、夕食：600円		

多床室、個室ともに、

- \* 表示金額は1割負担の場合であり、2割負担の場合は2倍、3割負担の場合は3倍の額となります。
- \* 滞在費、食事代については負担割合はありませんが、減免制度があり個々によって単価が異なります。
- \* 令和3年9月30日までは、新型コロナウイルス感染症に係るかかり増し分として、基本報酬に0.1%が上乗せされます。

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。

テレビ、暖房器具（電気毛布、電気あんか等）ご利用電気料（それぞれ日額50円）負担となります。

(2) 加算料金

\* ご利用に際し、下記の項目の加算を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
	有	無			
送迎加算	有		片道につき	184単位	184円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	有		1日につき	6単位	6円
機能訓練指導体制	有		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	8.3%	下記※1印参照
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	有		1ヶ月につき	2.3%	下記※2印参照

※1 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8.3%を乗じた金額をご負担していただきます。

※2 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱについては、1ヶ月のご利用単位数に2.3%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。

令和 年 月 日

<利用者氏名>

<代理人氏名>