

利 用 料 金 表 (2割負担)

社会福祉法人 小茂根の郷 東京武蔵野ホーム 短期入所生活介護

1.介護保険基準サービス

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と、居室・食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

1日あたりの金額（円）		多床室をご利用の場合				
要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位内訳	介護度別 単位数	596	665	737	806	874
	機能訓練体制加算	12	12	12	12	12
	夜勤職員配置加算(I)	13	13	13	13	13
	サービス提供体制強化加算(I)	22	22	22	22	22
単位数合計		643	712	784	853	921
1.サービス費用総額 (単位数合計×11.10)		7,137	7,903	8,702	9,468	10,223
2. 1のうち、介護保険給付額(8割)		5,709	6,322	6,961	7,574	8,178
3. 利用者自己負担額(1-2)		1,428	1,581	1,741	1,894	2,045
4. 居住費に係る自己負担額		1,250	1,250	1,250	1,250	1,250
5. 食費に係る自己負担額		2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
自己負担額 合計(3+4+5)		4,678	4,831	4,991	5,144	5,295

*上記の合計金額に別途、介護職員処遇改善加算(8.3%)、介護職員等特定処遇改善加算(2.7%)、介護職員等ベースアップ支援加算(1.6%)が加わります

*1級地のため利用単位に地域加算11.10を乗じた金額となっております。

*短期入所において訪問看護サービスを利用するなど施設における看護体制を回った場合「在宅中重度受入加算」(425単位/日)をご負担いただきます。

*医師の指示箋に基づく療養食(糖尿病食・腎臓病食など)を提供した場合「療養食加算」(8単位/1日3回限度)をご負担いただきます。

*計画的な利用はなく、利用者の状態や家族などの事情によりケアマネジャーが必要と認め緊急利用された場合「緊急短期入所受入加算」(90単位/日)をご負担いただきます。 (*7日間限定)

*利用者の居宅を訪問し計画を作成した上で、個別の機能訓練を実施する場合「機能訓練加算」(56単位/日)をご負担いただきます。

*利用者の心身の状態、家族などの事情からみて送迎を行うことが必要と認められる場合「送迎加算」(184単位/片道)をご負担いただきます。

2.介護保険基準外サービス

ご利用サービス	利用料金	単位	備 考		
1 行事食の提供	600円	1回	「お祝い膳」・「郷土料理の旅」など	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
2 特殊な食事の提供（献立外）	100円	1品	ご利用者様の嗜好による代替メニューの提供	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
3 喫茶	400円	1回/月	お好きな飲み物、お菓子の選択	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
4 嗜好品の預かり・提供	50円	1日	保管と賞味期限管理	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
5 理容サービス	2,400円 2,970円	1回/月	*月1回 *居室&ベッド上の場合、2,970円 になります	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
6 テレビレンタルサービス	250円	1台/日		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
7 電気代（持ち込み品につき）	200円	1日		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
8 電話使用料	実費			<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
9 音楽療法クラブ	150円	1回/月	毎月第1水曜日	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
10 書道	150円	1回	毎月第1火曜日・第4木曜日	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
11 フラワーアレンジメント	実費	1回/月	月1回	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
12 部屋着の貸し出し	100円	1日	靴下、上着、ズボン等	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
13 日用品（箱ティッシュ等）	実費	1個		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
14 使い捨て歯ブラシ	30円	1本	ご利用1回につき1本ご提供	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
15 医療処置提供に伴う医療衛生用品	実費		利用者の医療処置実施に伴う医療衛生用品について実費をご負担いただきます。	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません

*介護保険基準サービスの自己負担額とあわせて請求させていただきます。

3.キャンセル料

i) 入所日の前日昼12時までのご連絡	無料
ii) 入所日の前日午後5時までのご連絡	1,000円
iii) 入所日の前日午後5時以降または当日のご連絡	3,000円

※ iii) の金額は、1日分のサービス利用料（自己負担分）と居住費の平均額に食費1日分を合計した額に相当します。

※ iii) については、ご利用者様の身体状況の急変（緊急受診・入院など）によるキャンセルの場合は、キャンセル料を1,000円と致します。

