

医療法人社団平真会 薬師堂ショートステイ  
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護契約書別紙 2

薬師堂ショートステイ サービス利用料金

(1) 短期入所生活介護サービス費（介護保険給付適用分）

| 要介護度        | 基本単位                  | 1日あたりの<br>利用料金 | 自己負担額 |        |
|-------------|-----------------------|----------------|-------|--------|
|             |                       |                | 1割    | 2割     |
| 要支援1        | 461                   | 5,117円         | 512円  | 1,024円 |
| 要支援2        | 572                   | 6,349円         | 635円  | 1,270円 |
| 要介護1        | 620                   | 6,882円         | 689円  | 1,377円 |
| 要介護2        | 687                   | 7,625円         | 763円  | 1,525円 |
| 要介護3        | 755                   | 8,380円         | 838円  | 1,676円 |
| 要介護4        | 822                   | 9,124円         | 913円  | 1,825円 |
| 要介護5        | 887                   | 9,845円         | 985円  | 1,969円 |
| 送迎加算        | 184                   | 2,042円         | 205円  | 409円   |
| 緊急短期入所受け入加算 | 90                    | 999円           | 100円  | 200円   |
| 処遇改善加算Ⅱ     | 所定単位数に1000分の33を乗じた単位数 |                |       |        |

(2) 居住費

負担限度額認定を受けられた方は、段階に応じ限度額が決まっています。

| 所得区分  |              | 一日あたり自己負担分 |
|-------|--------------|------------|
| 負担限度額 | 第1段階         | 320円       |
|       | 第2段階         | 420円       |
|       | 第3段階         | 820円       |
|       | 第4段階(上記以外の方) | 2,000円     |

(3) 食費

1食毎に料金を設定しています。

負担限度額認定を受けられた方は、段階に応じ限度額が決まっています。

|                             |      |       |      |
|-----------------------------|------|-------|------|
| 負担限度額                       | 第1段階 | 1日あたり | 300円 |
|                             | 第2段階 | 1日あたり | 390円 |
|                             | 第3段階 | 1日あたり | 650円 |
| 第4段階(上記以外の方)<br>1日あたり1,550円 |      | 朝食    | 410円 |
|                             |      | 昼食    | 520円 |
|                             |      | おやつ   | 100円 |
|                             |      | 夕食    | 520円 |

(4) その他の費用

|  |       |
|--|-------|
| 日常生活費<br>※身の回り品、教養娯楽として日常生活に必要なものを利用         | 実費    |
| テレビレンタル代（希望者のみ一日あたり）<br>※居室設置の個人用テレビを利用希望の場合 | 500 円 |
| 電話使用料 ※スタッフルームなどの電話を使用した場合                   | 実費    |
| 理美容サービス費等                                    | 実費    |
| 記録物の複写代（A4判用紙1枚）                             | 10 円  |
| 実施区域を越えて行う送迎の片道 1 Km を超えるごとに追加する             | 20 円  |
| その他行事等にかかる費用                                 | 実費    |

(5) キャンセル料

ご利用者またはご家族のご都合でサービスを中止する場合、以下のキャンセル料がかかります。

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| 利用日の前営業日午後 5 時 30 分までにご連絡いただいた場合 | 無料         |
| 利用日の前営業日午後 5 時 30 分までにご連絡がなかった場合 | 自己負担額の 50% |

その他

- 1 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦 1 日当たりの利用料金の全額をお支払い頂きます。お支払頂きましたら、領収書とともにサービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日練馬区の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
- 2 給付単位数限度額を超過したご利用の場合は、1 日当たりの利用料金の全額をお支払頂きます。
- 3 連続して 30 日を超過した場合のご利用は、1 日当たりの利用料金の全額をお支払頂きます。

レンタル価格表

|  |                          |
|--|--------------------------|
| A 日用品セット   | 300 円                    |
| バスタオル 1 枚 (30 円) × 1 枚 フェイスタオル (20 円) × 2 枚<br>歯ブラシ・歯磨き粉・くしセット (230 円) |                          |
| B 部屋着セット   | 150 円 (内訳 上 80 円 下 70 円) |
| C 寝間着セット   | 150 円 (内訳 上 80 円 下 70 円) |

【事業者名】医療法人社団平真会 薬師堂ショートステイ

【住所】東京都練馬区富士見台 3 丁目 55 番 3 号

【管理者】黒沢 恒

上記内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族代表 \_\_\_\_\_ 印