

介護老人保健施設ほなみ荘
短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護重要事項説明書 別紙利用料金表
短期入所利用料金表(日額) R7.4.1～

《多 床 室》

(介護保険負担限度額 第1段階)

(単位:円)

介護保険 要介護 要支援	介護保険 給付対象サービス費	介護保険施設サービス費		食事負担額	居住費	合計
		介護保険施設サービス費	サービス提供体制 強化加算			
要支援1	日額	613	22	300	0	935
要支援2	日額	774	22	300	0	1,096
要介護1	日額	830	22	300	0	1,152
要介護2	日額	880	22	300	0	1,202
要介護3	日額	944	22	300	0	1,266
要介護4	日額	997	22	300	0	1,319
要介護5	日額	1,052	22	300	0	1,374

(介護保険負担限度額 第2段階)

介護保険 要介護 要支援	介護保険 給付対象サービス費	介護保険施設サービス費		食事負担額	居住費	合計
		介護保険施設サービス費	サービス提供体制 強化加算			
要支援1	日額	613	22	600	430	1,665
要支援2	日額	774	22	600	430	1,826
要介護1	日額	830	22	600	430	1,882
要介護2	日額	880	22	600	430	1,932
要介護3	日額	944	22	600	430	1,996
要介護4	日額	997	22	600	430	2,049
要介護5	日額	1,052	22	600	430	2,104

(介護保険負担限度額 第3段階①)

介護保険 要介護 要支援	介護保険 給付対象サービス費	介護保険施設サービス費		食事負担額	居住費	合計
		介護保険施設サービス費	サービス提供体制 強化加算			
要支援1	日額	613	22	1,000	430	2,065
要支援2	日額	774	22	1,000	430	2,226
要介護1	日額	830	22	1,000	430	2,282
要介護2	日額	880	22	1,000	430	2,332
要介護3	日額	944	22	1,000	430	2,396
要介護4	日額	997	22	1,000	430	2,449
要介護5	日額	1,052	22	1,000	430	2,504

(介護保険負担限度額 第3段階②)

介護保険 要介護 要支援	介護保険 給付対象サービス費	介護保険施設サービス費		食事負担額	居住費	合計
		介護保険施設サービス費	サービス提供体制 強化加算			
要支援1	日額	613	22	1,300	430	2,365
要支援2	日額	774	22	1,300	430	2,526
要介護1	日額	830	22	1,300	430	2,582
要介護2	日額	880	22	1,300	430	2,632
要介護3	日額	944	22	1,300	430	2,696
要介護4	日額	997	22	1,300	430	2,749
要介護5	日額	1,052	22	1,300	430	2,804

(介護保険負担限度額 第4段階)

介護保険 要介護 要支援	介護保険 給付対象サービス費	介護保険施設サービス費		食事負担額 (※提供した食事分のみのご負担となります)	居住費	合計
		介護保険施設サービス費	サービス提供体制 強化加算			
要支援1	日額	613	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	2,862
要支援2	日額	774	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	3,023
要介護1	日額	830	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	3,079
要介護2	日額	880	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	3,129
要介護3	日額	944	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	3,193
要介護4	日額	997	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	3,246
要介護5	日額	1,052	22	1,800(朝食 500 昼食 830 夕食 670)	500	3,301

※その他の加算利用料は裏面参照。

※料金表記載額は自己負担額1割の場合です。自己負担額が2割・3割の場合は介護保険給付対象サービス費(介護保険加算項目費を含む)記載額にその数を乗じた金額となります。

令和 年 月 日

短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の利用者に対し、本書面に基づいた重要な 事項を説明しました。

事業 者	所在地	〒992-0472 山形県南陽市宮内3750番地の1
	名 称	社会福祉法人 南陽 介護老人保健施設ほなみ荘
	説明者	

私は書面により、事業者から入所療養介護サービスについての重要事項の説明を受け承諾しました。

利用者氏名	(代理保証人氏名 続柄)
-------	-------------------------