

## 清風園 短期入所生活介護利用契約書 第6条別紙

## 1 利用料等

- ※ 利用者が支払う基本料金は介護保険負担割合に応じて介護給付費の1割から3割とします。
- ※ 基本料金の計算方法は1ヶ月のサービス利用の合計単位数に地域区分2級地の10.88円を掛けますので合計金額では1日分の料金計算とは若干の誤差が生じることがあります。
- ※ サービス提供体制加算 I イもしくは I ロいずれかの算定とし、夜勤条件基準型とします。

## (1) 基本料金

1. 介護福祉施設サービス費 I 《従来型個室》				
要介護度	1日の単位	1割負担額の目安	2割負担額の目安	3割負担額の目安
要支援1	446 単位	486 円	971 円	1,456 円
要支援2	555 単位	604 円	1,208 円	1,812 円
要介護1	596 単位	649 円	1,297 円	1,946 円
要介護2	665 単位	724 円	1,447 円	2,171 円
要介護3	737 単位	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護4	806 単位	877 円	1,754 円	2,631 円
要介護5	874 単位	951 円	1,902 円	2,853 円

2. 介護福祉施設サービス費 II 《多床室》				
要介護度	1日の単位	1割負担額の目安	2割負担額の目安	3割負担額の目安
要支援1	446 単位	486 円	971 円	1,456 円
要支援2	555 単位	604 円	1,208 円	1,812 円
要介護1	596 単位	649 円	1,297 円	1,946 円
要介護2	665 単位	724 円	1,447 円	2,171 円
要介護3	737 単位	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護4	806 単位	877 円	1,754 円	2,631 円
要介護5	874 単位	951 円	1,902 円	2,853 円

## (2) 加算料金等(利用状況や職員配置により変動があります)

	1日の単位数	1割負担額の目安	2割負担額の目安	3割負担額の目安
送迎加算(片道)	184 単位	201 円	401 円	601 円
機能訓練体制加算	12 単位	13 円	26 円	39 円
個別機能訓練加算	56 単位	61 円	122 円	183 円
看護体制加算 I	4 単位	5 円	9 円	13 円
看護体制加算 II	8 単位	9 円	18 円	27 円
看護体制加算 III(口)	6 単位	7 円	13 円	20 円
看護体制加算 IV(口)	13 単位	15 円	29 円	43 円

	1日の単位数		1割負担額の目安	2割負担額の目安	3割負担額の目安
夜勤職員配置加算Ⅰ	13	単位	15 円	29 円	43 円
夜勤職員配置加算Ⅲ	15	単位	17 円	33 円	49 円
認知症ケア専門加算Ⅰ	3	単位	4 円	7 円	10 円
認知症ケア専門加算Ⅱ	4	単位	5 円	9 円	13 円
認知症行動・心理症状緊急対応加算(入所日から7日を限度)	200	単位	218 円	436 円	653 円
在宅中重度者受入加算	413 425	単位	450 463 円	899 925 円	1,348 1,388 円
医療連携強化加算	58	単位	64 円	127 円	190 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	単位	24 円	48 円	72 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	単位	20 円	39 円	59 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	単位	7 円	13 円	20 円
療養食加算	8	単位	9 円	18 円	27 円
若年性認知症入所者受入加算	120	単位	131 円	261 円	392 円
緊急短期入所受入加算 (利用開始から7日もしくは14日を限度)	90	単位	98 円	196 円	294 円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	単位	109 円	218 円	327 円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	単位	218 円	436 円	653 円
長期利用者に対する短期入所生活介護 (30日超による利用の場合)	△ 30	単位	△ 33 円	△ 66 円	△ 98 円

(3) その他の加算

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.083
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.060
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.033
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.027
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.023
介護職員等ベースアップ等支援加算	上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.016

(4) その他の料金(介護保険外科金)

1 食費および居住費

(1日にかかる費用)

	食費	従来型個室	多床室
基準費用額 (利用者負担第4段階)	1,700円	1,241円	925円
負担限度額 (利用者負担第3段階②)	1,300円	820円	370円
負担限度額 (利用者負担第3段階①)	1,000円	820円	370円
負担限度額 (利用者負担第2段階)	600円	420円	370円
負担限度額 (利用者負担第1段階)	300円	320円	0円

※ただし負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

2 1日の食費の内訳 ※1

1日の食費内訳	朝食	昼食	夕食
金額	360円	730円	610円

※1 入退所日等は、1日の食費負担でなく、実際に提供した食事単価(例、午後に退所された場合は、朝食・昼食)のご負担になります。

3 移送費 (病院受診、入退院以外での送迎など基本的に町田市内)  
施設から目的地までの距離を計算し設定しております。(概ね 500円/5km)

4 その他

ティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄薬、髭剃りの替刃等、クラブ活動材料費、生活必要用品、各種予防接種、活動費等については実費負担とします。

※居住又は食事の提供に要する費用以外は全て課税対象となり、表示価格は税込みとなります。

5 キャンセル料

利用者が利用開始予定日の前日17時までに通知することなく、サービスの中止をした場合、1日分の基本料金の1割と1日分の食費及び居住費をお支払い頂きます。但し、サービス利用直前に利用者の体調不良等のやむを得ない理由によるサービス中止の場合、キャンセル料の発生は致しません。

# 確 認 書

20 年 月 日

清風園 短期入所生活介護利用契約書 第6条別紙について説明しました。

【事業者】 所在地 東京都町田市金井7-17-13  
施設名 社会福祉法人 賛育会 清風園  
代表者名 施設長 木 口 圭 子 印  
説明者 介護課 ショートステイ担当  
氏名 切 田 由 貴 印

私は、清風園 短期入所生活介護利用契約書 第6条別紙について説明を受け同意しました。

【利用者】 住所  
氏名 印  
代筆者 氏名 印  
(利用者本人との関係 )  
家族代表者 住 所  
氏 名 印  
(続柄 )