（重要事項説明書別紙/契約書第3・4条参照）　　2024年10月1日　現在

介護老人保健施設　浦安ベテルホーム　サービス利用料金表

① 介護給付の給付対象となるサービス［1日あたり］　※1単位あたり10.90円での算出となっております。

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
福祉型短期入所サービス費（Ⅰ）	509	509	583	648	784	923
	単位	単位	単位	単位	単位	単位
福祉型短期入所サービス費（Ⅱ） 【日中活動系サービスを利用する場合】	173	173	240	318	527	602
	単位	単位	単位	単位	単位	単位
医療型短期入所サービス費（Ⅱ）	2864単位					
医療型短期入所サービス費（Ⅲ）	1826単位					
医療型特定短期入所サービス費（Ⅱ）	2735単位					
医療型特定短期入所サービス費（Ⅲ）	1723単位					
医療型特定短期入所サービス費（Ⅴ） 【日中活動系サービスを利用する場合】	2020単位					
医療型特定短期入所サービス費（Ⅵ）	1328単位					

②施設サービスにおける加算

福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	（合計単位数に15.9%を乗じて計算されます）	
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	―	
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	（合計単位数に13.8%を乗じて計算されます）	
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	（合計単位数に11.5%を乗じて計算されます）	
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）	(1) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(1)	（合計単位数に13.1%を乗じる）
	(2) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(2)	（合計単位数に13.6%を乗じる）
	(3) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(3)	－
	(4) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(4)	－
	(5) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(5)	（合計単位数に10.8%を乗じる）
	(6) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(6)	－
	(7) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(7)	（合計単位数に10.8%を乗じる）
	(8) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(8)	（合計単位数に11%を乗じる）
	(9) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(9)	－
	(10) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(10)	（合計単位数に8%を乗じる）
	(11) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(11)	（合計単位数に8.7%を乗じる）
	(12) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(12)	－
	(13) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(13)	（合計単位数に8.7%を乗じる）
	(14) 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(14)	（合計単位数に5.9%を乗じる）

③必要に応じて算定する加算

加算項目	単位数
短期利用加算	30単位/日
栄養士配置加算	（Ⅰ）22単位/日 （Ⅱ）12単位/日
食事提供体制加算	48単位/日
特別重度支援加算	（Ⅰ）610単位/日 （Ⅱ）297単位/日　（Ⅲ）120単位/日
送迎加算	186単位（片道につき）/回
緊急短期入所受入加算	（Ⅰ）270単位/日 （Ⅱ）500単位/日
医療型短期入所受入前支援加算	（Ⅰ）1000単位/日 （Ⅱ）500単位/日

④食費・光熱水費［日額］

	1食召し上がった場合	2食召し上がった場合	3食召し上がった場合
合計額	¥830	¥1,340	¥1,800
単価	1食目　¥830	2食目　¥510	3食目　¥460

※食事提供体制加算対象者食事提供体制加算分の自己負担減となります。この食事提供体制加算対象者はサービス受給者証に記載されています。自己負担額については以下の通りです。

単価	1食目　¥330	2食目　¥200	3食目　¥170

光熱水費	¥226

⑤その他のサービス

日用品費	実費	ご希望により業者との直接契約となります。（提供内容） バスタオル・フェイスタオル・おしぼり・歯ブラシorハミングット・歯磨き粉・シャンプー・ボディーソープ・ハンドソープ
おやつ代	¥100/回	ご希望された場合
紙オムツ、紙パンツ	¥100/枚	ご希望された場合
尿パッド	¥30/枚	ご希望された場合
教養娯楽費	実費	教養娯楽で使用する材料費等の実費相当額
行事参加費	実費	施設で行う行事に参加される場合の実費相当額
クラブ材料費	実費	クラブ参加時の材料費等の実費相当額
理美容費	実費	ご希望により理美容出張サービスを利用した場合
洗濯代	実費	業者洗濯を利用した場合（業者との直接契約となります）
TVレンタル代	¥40/日	テレビの貸し出しをした場合（別途お届けが必要となります）
写真代	実費	ご希望の場合
コピー代	¥10/枚	ご希望の場合
切手代	実費	ご希望の場合
キャンセル料	実費	初日の予定食数分の食費相当額 （利用予定日の前々日（土日祝を除く）の17時00分までにご連絡がなかった場合）
各種文書代	実費	文書作成を行った場合

＊法制度の改正、社会情勢上やむを得ない事由等で、ご利用額を変更することがあります。
変更の際は、変更内容及びその事由について、事前にご契約者及びご家族等に通知いたします。

＜利用者負担の上限について＞

〇1か月あたりのサービス利用にかかる負担については、所得に応じて4区分の月額上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区分	世帯の収入状況		1ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯		¥0
低所得	市町村民税非課税世帯		¥0
一般1	市町村民税課税世帯（所得割28万円未満）※	通所施設、ホームヘルプ利用の場合	¥4,600
		入所施設利用の場合	¥9,300
一般2	上記以外		¥37,200

※　収入が概ね920万円以下の世帯が対象となります。