

指定短期入所事業 浦安ベテルホームショートステイ サービス利用料金表

利用者の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付費の給付額(全体の9割)を除いた金額と食費・光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。(利用者負担軽減措置が別途ございます)
*1単位あたり10.72円での算出となっております。

(1) 介護給付の給付対象となるサービス

[短期入所サービス費(Ⅰ)](短期入所のみ利用の場合)

ご契約者の障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
サービス利用単位	498単位	498単位	570単位	634単位	767単位	903単位
サービス利用料金	5,338円	5,338円	6,110円	6,796円	8,222円	9,680円
自己負担額(定率負担) ①	534円	534円	611円	680円	823円	968円
加算 (※利用者の状況や職員体制により右記の加算が算定されます)	食事提供体制加算(48単位/日)					
	栄養士配置加算(22単位/日)					
	短期利用加算(30単位/日)					
	送迎加算(186単位/日)					
	利用者負担上限管理加算(150単位/月)					
	福祉・介護職員処遇改善加算(合計単位数に8.6%を乗じて計算されます)					
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(合計単位数に2.1%を乗じて計算され						
食事に係る自己負担額 ②	所得区分	一般2		一般1(所得割16万円未満) 低所得 生活保護		
	一食目	730円	330円	食事提供体制加算 自己負担分 52円		
	二食目	430円	200円			
	三食目	390円	170円			
光熱水費 ③	226円					
ご負担合計(一般2の場合) ①+②+③	2,310円	2,084円	2,387円	2,456円	2,599円	2,744円

※ 実際はサービス利用単位に各加算分が上乘せられて計算されます。

[短期入所サービス費(Ⅱ)](短期入所を利用する日に他の日中活動系サービスを利用する場合)

ご契約者の障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
サービス利用単位	169単位	169単位	235単位	311単位	516単位	589単位
サービス利用料金	1,630円	1,630円	2,267円	3,000円	4,978円	5,682円
自己負担額(定率負担) ①	182円	182円	252円	334円	554円	632円
加算 (※利用者の状況や職員体制により右記の加算が算定されます)	食事提供体制加算(48単位/日)					
	栄養士配置加算(22単位/日)					
	短期利用加算(30単位/日)					
	送迎加算(186単位/日)					
	利用者負担上限管理加算(150単位/月)					
	福祉・介護職員処遇改善加算(合計単位数に8.6%を乗じて計算されます)					
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(合計単位数に2.1%を乗じて計算され						
食事に係る自己負担額 ②	所得区分	一般2		一般1(所得割16万円未満) 低所得 生活保護		
	一食目	730円	330円	食事提供体制加算 自己負担分 52円		
	二食目	430円	200円			
	三食目	390円	170円			
光熱水費 ③	226円					
ご負担合計(一般2の場合) ①+②+③	1,958円	1,958円	2,028円	2,110円	2,330円	2,408円

※ 実際はサービス利用単位に各加算分が上乘せられて計算されます。

【短期入所サービスにおける加算】

加算名称	内容	単位数
食事提供体制加算	収入が一定額以下の利用者に対して、食事を提供した場合	48単位/日
栄養士配置加算	管理栄養士または栄養士を1名以上配置し、利用者の食事管理を適切に行っている場合	22単位/日
短期利用加算	利用開始から30日以内の期間について加算	30単位/日
送迎加算	利用者に対して、居宅と事業所間の送迎を行った場合	186単位/回
福祉・介護職員処遇改善加算	合計単位数に1000分の86(8.6%)を乗じた単位数を加算	
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	合計単位数に1000分の69(6.9%)を乗じた単位数を加算	

(2)介護給付の給付対象とならないサービス(契約書第4条参照)

【食費】1日のうちで召し上がった食数分の食費を負担していただきます。

	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	730円	1,160円	1,550円
単価	1食目 730円	2食目 430円	3食目 390円

【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) パスタオル・フェイスタオル・おしぼり・歯ブラシorハミンググット・歯磨き粉・シャンプー・ボディソープ・ハンドソープ
おやつ代	100円/回	ご希望された場合、1回100円
紙オムツ、紙パンツ	100円/枚	ご希望された場合
尿パッド	30円/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	1,200円/月	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)
	40円/日	月途中で入退所された場合は日割り計算となります
写真代	実費	ご希望の場合
コピー代	10円/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>

○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円
低所得	市町村民税非課税世帯(注1)	0円
一般1	市町村民税課税世帯(所得割16万円未満)(注2)	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

(注1) 3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

(注2) 収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。