

入 所（短期入所） 料 金 表（保険対象外）

（単位：円）

利用者負担	居住費		
	従来型個室	日額	1,800
多床室	日額	500	
食費(3食計)	日額	1,600	
利用者負担	居住費		
	従来型個室	日額	1,310
多床室	日額	370	
食費(3食計)	日額	650	
利用者負担	居住費		
	従来型個室	日額	490
多床室	日額	370	
食費(3食計)	日額	390	
利用者負担	居住費		
	従来型個室	日額	490
多床室	日額	0	
食費(3食計)	日額	300	

日常生活費他利用料		
室料（2階トイレ付個室）	日額	150
テレビ貸出料	日額	150
電気代	毛布・アンカ	日額 50
	ラジオ・ラジカセ	日額 30
	テレビ（持ち込みの場合）	日額 150
理 美 容	回	1,500
理 美 容（顔そりのみ）	回	500
歯 ブ ラ シ	本	120
くるりーナブラシ	本	410
モアブラシ	本	460
はみがき粉	本	210
入れ歯洗浄剤（ポリデント）	個	15
歯磨きティッシュ（90枚入り）	箱	500
箱ティッシュ	箱	50
診 断 書	通	5,000
ガ ー ゼ 寝 巻 き	枚	3,700

洗濯代		
・寝巻	枚	250
・Tシャツ、肌着	枚	100
・上衣（Tシャツ以外）	枚	200
・ズボン	枚	150
・スカート	枚	200
・手洗いの物（ニット、おしゃれ着）	枚	300
・バスタオル	枚	200
・タオル、靴下	枚	100
・クッション	枚	300
・座布団	枚	500
・毛布（一重）	枚	700
・毛布（二重）	枚	1,000
・ひざかけ	枚	400
・タオルケット	枚	500
・掛け布団	枚	1,500
・くつ	足	300

※ 短期入所で4段階の方の食費は、1食単位とします。（朝食400円・昼食650円・夕食550円）

※ その他、この料金表に記載していない日常生活上必要となるものは、ご家族様へ説明・同意の上、実費相当を頂きます。

短期入所者料金表（介護保険部分）

（単位：円）

部屋	要介護	サービス費
（従来型個室）	要介護度 1	日額 755
	要介護度 2	日額 801
	要介護度 3	日額 862
	要介護度 4	日額 914
	要介護度 5	日額 965
（多床室）	要介護度 1	日額 829
	要介護度 2	日額 877
	要介護度 3	日額 938
	要介護度 4	日額 989
	要介護度 5	日額 1,042

加算内容	区分	金額	備考
送迎加算	回	184	片道あたり
夜勤職員配置加算	日額	24	
個別リハビリテーション実施加算	日額	240	
認知症ケア加算	日額	76	認知症棟入所者のみ
療養食加算	食	8	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	日額	18	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月額		1月に所定単位数×39/1000
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	月額		1月に所定単位数×21/1000
認知症行動・心理症状緊急対応加算…①	日額	200	7日が上限
若年性認知症利用者受入加算	日額	120	①と同時算定不可
緊急短期入所受入対応加算	日額	90	開始日から7日を上限（①と同時算定不可）
特定介護老人保健施設短期入所療養介護費	日額	656	3時間以上4時間未満
特定介護老人保健施設短期入所療養介護費	日額	908	4時間以上6時間未満
特定介護老人保健施設短期入所療養介護費	日額	1,261	6時間以上8時間未満
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	日額	34	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	日額	46	在宅強化型のみ
緊急時治療管理	日額	518	1月に1回連続する3日を限度
重度療養管理加算	日額	120	介護4,5に限る

※表示の料金は1割負担の金額になります。

介護予防短期入所者料金表

		サービス費		居住費		食費	
利用者負担	4段階	従来型個室	要支援1	日額 580	日額 1,800	朝食	400
			要支援2	日額 721	日額 1,800	昼食	650
		多床室	要支援1	日額 613	日額 500	夕食	550
			要支援2	日額 768	日額 500	三食計	1,600
	3段階	従来型個室	要支援1	日額 580	日額 1,310	1日の負担額	650
			要支援2	日額 721	日額 1,310		650
		多床室	要支援1	日額 613	日額 370		650
			要支援2	日額 768	日額 370		650
	2段階	従来型個室	要支援1	日額 580	日額 490	1日の負担額	390
			要支援2	日額 721	日額 490		390
		多床室	要支援1	日額 613	日額 370		390
			要支援2	日額 768	日額 370		390
1段階	従来型個室	要支援1	日額 580	日額 490	1日の負担額	300	
		要支援2	日額 721	日額 490		300	
	多床室	要支援1	日額 613	日額 0		300	
		要支援2	日額 768	日額 0		300	

加算	区分	金額	備考
夜勤職員配置加算	日額	24	
送迎加算	回	184	片道あたり
療養食加算	食	8	1日に3回を限度
サービス提供体制加算（Ⅰ）イ	日額	18	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	日額	34	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	日額	46	強化型のみ
認知症行動・心理症状緊急対応加算…④	日額	200	7日が上限
若年性認知症利用者受入加算	日額	120	上記との併用不可
緊急時治療管理	日額	518	1月に1回連続する3日を限度
個別リハビリテーション加算	日額	240	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月額		1月に所定単位数×39/1000
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	月額		1月に所定単位数×21/1000

日常生活費他利用料		
室料（2階トイレ付個室）	日額	150
テレビ貸出料	日額	150
電気代	毛布・アンカ	日額 50
	ラジオ・ラジカセ	日額 30
	TV（持ち込みの場合）	日額 150
理美容	回	1,500
くるリーナブラシ	本	410
モアブラシ	本	460
歯ブラシ	本	120
入れ歯洗浄剤（ポリドント）	個	15
歯磨きティッシュ（90枚入り）	箱	500
はみがき粉	本	210
診断書	通	5,000
ガーゼ寝巻き	枚	3,700

洗濯代		
・寝巻	枚	250
・Tシャツ、肌着	枚	100
・上衣（Tシャツ以外）	枚	200
・ズボン	枚	150
・スカート	枚	200
・手洗いの物（コット・おしやれ着）	枚	300
・バスタオル	枚	200
・タオル ・靴下	枚	100
・クッション	枚	300
・座布団	枚	500
・毛布（一重）	枚	700
・毛布（二重）	枚	1,000
・ひざかけ	枚	400
・タオルケット	枚	500
・掛け布団	枚	1,500
・くつ	足	300

※特殊な素材や洗濯機で洗えない物については洗濯をお断りする場合がございます。

※介護保険負担部分の料金は1割負担の料金になります。

※ その他、この料金表に記載していない日常生活上必要となるものは、ご家族様へ説明・同意の上、実費相当を頂きます。