

短期入所生活介護きわだの郷 料金表

要介護度	介護保険給付の対象						介護保険給付の対象外					利用料金								
	基本 短期入所生活費	夜勤職員 配置加算Ⅱ	サービス提供体制 加算Ⅲ	介護職員 処遇改善加算Ⅰ	介護職員 特定処遇改善加算Ⅱ	介護職員等 ベースアップ等加算	介護保険 負担割合	①負担額 (1日・送迎なし)	利用者 負担段階	食費	居住費	②負担額 (1日・3食)	1日合計金額 (①+②)							
要支援 1	523	-	-	-	-	-	1	603	2	600	820	1,420	2,023							
									3①	1,000	1,310	2,310	2,913							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,213							
									4	1,445	2,100	3,545	4,148							
								2	1,206	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	2,626
																3①	1,000	1,310	2,310	3,516
																3②	1,300	1,310	2,610	3,816
																4	1,445	2,100	3,545	4,751
								3	1,809	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,229
																3①	1,000	1,310	2,310	4,119
																3②	1,300	1,310	2,610	4,419
																4	1,445	2,100	3,545	5,354
要支援 2	649	-	-	-	-	-	1	747	2	600	820	1,420	2,167							
									3①	1,000	1,310	2,310	3,057							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,357							
									4	1,445	2,100	3,545	4,292							
								2	1,494	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	2,914
																3①	1,000	1,310	2,310	3,804
																3②	1,300	1,310	2,610	4,104
																4	1,445	2,100	3,545	5,039
								3	2,241	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,661
																3①	1,000	1,310	2,310	4,551
																3②	1,300	1,310	2,610	4,851
																4	1,445	2,100	3,545	5,786
要介護 1	696	-	-	-	-	-	1	823	2	600	820	1,420	2,243							
									3①	1,000	1,310	2,310	3,133							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,433							
									4	1,445	2,100	3,545	4,368							
								2	1,646	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,066
																3①	1,000	1,310	2,310	3,956
																3②	1,300	1,310	2,610	4,256
																4	1,445	2,100	3,545	5,191
								3	2,469	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,889
																3①	1,000	1,310	2,310	4,779
																3②	1,300	1,310	2,610	5,079
																4	1,445	2,100	3,545	6,014
要介護 2	764	6	-	-	-	-	1	899	2	600	820	1,420	2,319							
									3①	1,000	1,310	2,310	3,209							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,509							
									4	1,445	2,100	3,545	4,444							
								2	1,798	1か月の合計単位数に2.3%を乗じた単位数	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,218
																3①	1,000	1,310	2,310	4,108
																3②	1,300	1,310	2,610	4,408
																4	1,445	2,100	3,545	5,343
								3	2,697	1か月の合計単位数に1.6%を乗じた単位数	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	4,117
																3①	1,000	1,310	2,310	5,007
																3②	1,300	1,310	2,610	5,307
																4	1,445	2,100	3,545	6,242
要介護 3	838	18	-	-	-	-	1	985	2	600	820	1,420	2,405							
									3①	1,000	1,310	2,310	3,295							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,595							
									4	1,445	2,100	3,545	4,530							
								2	1,970	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,390
																3①	1,000	1,310	2,310	4,280
																3②	1,300	1,310	2,610	4,580
																4	1,445	2,100	3,545	5,515
								3	2,955	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	4,375
																3①	1,000	1,310	2,310	5,265
																3②	1,300	1,310	2,610	5,565
																4	1,445	2,100	3,545	6,500
要介護 4	908	-	-	-	-	-	1	1,063	2	600	820	1,420	2,483							
									3①	1,000	1,310	2,310	3,373							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,673							
									4	1,445	2,100	3,545	4,608							
								2	2,126	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,546
																3①	1,000	1,310	2,310	4,436
																3②	1,300	1,310	2,610	4,736
																4	1,445	2,100	3,545	5,671
								3	3,189	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	4,609
																3①	1,000	1,310	2,310	5,499
																3②	1,300	1,310	2,610	5,799
																4	1,445	2,100	3,545	6,734
要介護 5	976	-	-	-	-	-	1	1,141	2	600	820	1,420	2,561							
									3①	1,000	1,310	2,310	3,451							
									3②	1,300	1,310	2,610	3,751							
									4	1,445	2,100	3,545	4,686							
								2	2,282	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	3,702
																3①	1,000	1,310	2,310	4,592
																3②	1,300	1,310	2,610	4,892
																4	1,445	2,100	3,545	5,827
								3	3,423	-	-	-	-	-	-	2	600	820	1,420	4,843
																3①	1,000	1,310	2,310	5,733
																3②	1,300	1,310	2,610	6,033
																4	1,445	2,100	3,545	6,968

料金表の見方
 要介護度と介護保険負担割合より ①負担額を選び、さらに利用者負担段階より ②負担額を選び、合計が利用料金(1日分)の概算になります。
 ※ その他、サービスの提供により加算あり。(送迎加算184単位、療養食加算8単位等)
 ※ ①負担額は総単位数に地域単価(10、17円)を乗じた金額の1～3割相当になります。
 ※ 利用者負担段階は、利用者の方の所得や課税状況等により区分されます。
 ※ 利用料金は1日(送迎なし・食事3食)として計算した概算です。利用状況により誤差があります。
 ※ おむつ代は含まれています。