

短期入所生活介護(ショートステイ) ひばりが丘ふれあいの里 利用料金表

2021.10.1現在

要介護区分	負担割合	施設利用一部負担※1	居住費(日)※2		食費(日)※2		日用品費※3	1日当たりの費用
要介護 1	1割	885	第1段階	820	第1段階	300	300	2,305
			第2段階	820	第2段階	600		2,605
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,495
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,795
			2,851		1,886			5,922
	2割	1,770	2,851		1,886			6,807
3割	2,655	2,851		1,886		7,692		
要介護 2	1割	968	第1段階	820	第1段階	300	300	2,388
			第2段階	820	第2段階	600		2,688
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,578
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,878
			2,851		1,886			6,005
	2割	1,935	2,851		1,886			6,972
3割	2,902	2,851		1,886		7,939		
要介護 3	1割	1056	第1段階	820	第1段階	300	300	2,476
			第2段階	820	第2段階	600		2,776
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,666
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,966
			2,851		1,886			6,093
	2割	2,112	2,851		1,886			7,149
3割	3,168	2,851		1,886		8,205		
要介護 4	1割	1141	第1段階	820	第1段階	300	300	2,561
			第2段階	820	第2段階	600		2,861
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,751
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,051
			2,851		1,886			6,178
	2割	2,281	2,851		1,886			7,318
3割	3,421	2,851		1,886		8,458		
要介護 5	1割	1221	第1段階	820	第1段階	300	300	2,641
			第2段階	820	第2段階	600		2,941
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,831
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,131
			2,851		1,886			6,258
	2割	2,441	2,851		1,886			7,478
3割	3,662	2,851		1,886		8,699		

※上記料金は概算での参考金額です。裏面の補足説明欄も併せてご確認下さい。

介護予防短期入所生活介護 ひばりが丘ふれあいの里 利用料金表

2021.10.1現在

要介護区分	負担割合	施設利用一部負担※1	居住費(日)※2		食費(日)※2		日用品費※3	1日当たりの費用
要支援 1	1割	651	第1段階	820	第1段階	300	300	2,071
			第2段階	820	第2段階	600		2,371
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,261
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,561
	2,851		1,886		5,688			
	2割	1,302	2,851		1,886			6,339
	3割	1,953	2,851		1,886			6,990
要支援 2	1割	802	第1段階	820	第1段階	300	300	2,222
			第2段階	820	第2段階	600		2,522
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,412
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,712
	2,851		1,886		5,839			
	2割	1,603	2,851		1,886			6,640
	3割	2,405	2,851		1,886			7,442

※上記料金は概算での参考金額です。下記の補足説明欄も併せてご確認ください。

補足説明

- ※1 施設利用一部負担には、施設サービス費(基本報酬の単位数)の他、看護体制加算Ⅰ(4単位)・夜勤職員配置加算Ⅱ(18単位)・サービス提供体制強化加算Ⅱ(18単位)・介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.3%)・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(2.7%)・地域加算(10.83%)が含まれています。送迎を行わせていただいた場合は送迎加算(片道184単位)がかかります。
- ※1 負担割合(1割～3割)は個人によって異なります。ご利用の際は『介護保険負担割合証』のご提示をお願いいたします。
- ※2 第1～第3段階は、『介護保険負担限度額認定証』の認定結果により区別されます。尚、あらかじめ保険者(各市区町村)への申請が必要になります。
- ※3 日用品費 歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤・ボックスティッシュ・ペーパータオル等となります。