

短期入所生活介護(ショートステイ) さいたまかがやきの里 利用料金表

2024.4.1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	903	第1段階	820	第1段階	300	300	2,323
			第2段階	820	第2段階	600		2,623
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,513
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,813
			2,392		1,645			5,240
	2割	1,805	2,392		1,645			6,142
	3割	2,707	2,392		1,645			7,044
要介護 2	1割	986	第1段階	820	第1段階	300		2,406
			第2段階	820	第2段階	600		2,706
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,596
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,896
			2,392		1,645			5,323
	2割	1,971	2,392		1,645			6,308
	3割	2,957	2,392		1,645			7,294
要介護 3	1割	1077	第1段階	820	第1段階	300		2,497
			第2段階	820	第2段階	600		2,797
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,687
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,987
			2,392		1,645			5,414
	2割	2,153	2,392		1,645			6,490
	3割	3,230	2,392		1,645			7,567
要介護 4	1割	1164	第1段階	820	第1段階	300		2,584
			第2段階	820	第2段階	600		2,884
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,774
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,074
			2,392		1,645			5,501
	2割	2,327	2,392		1,645			6,664
	3割	3,490	2,392		1,645			7,827
要介護 5	1割	1248	第1段階	820	第1段階	300		2,668
			第2段階	820	第2段階	600		2,968
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,858
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,158
			2,392		1,645			5,585
	2割	2,496	2,392		1,645			6,833
	3割	3,743	2,392		1,645			8,080

※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ください。

介護予防短期入所生活介護 さいたまかがやきの里 利用料金表

2024.4.1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	652	第1段階	820	第1段階	300	300	2,072
			第2段階	820	第2段階	600		2,372
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,262
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,562
			2,392		1,645			4,989
	2割	1,304	2,392		1,645			5,641
	3割	1,956	2,392		1,645			6,293
要支援 2	1割	808	第1段階	820	第1段階	300	300	2,228
			第2段階	820	第2段階	600		2,528
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,418
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,718
			2,392		1,645			5,145
	2割	1,616	2,392		1,645			5,953
	3割	2,424	2,392		1,645			6,761

※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下さい。

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%)介護職員ベースアップ加算等支援加算(1.6%)が含まれております。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。