

# 介護予防短期入所療養介護 利用料金表

介護老人保健施設 明和苑

## 1. 施設サービス費利用者負担(単位円) ◎利用者負担割合証に準ずる

介護度	サービスコード		多床室利用
			1割負担/1日
要支1	25	1311	611
要支2	25	1321	765

### (加算)

サービスコード	サービス内容	1割負担	
25	6111	個別リハビリ加算	240/日
25	6100	サービス提供体制強化加算(I)イ	18/日
25	1920	送迎加算	184/片道
25	6275	療養食加算(1日に3回限度)	8単位/回
25	6280	予老短在宅復帰在宅療養支援加算 I	34/日
25	6108	処遇改善加算(I)	39/1000 月

◎個別リハビリ加算について・・・回数や頻度についてはお問い合わせください。

## 2. 居住費 ◎利用者負担段階により異なります。※負担限度額(単位円)

	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
多床室	370/日	※370/日	※370/日	※0/日

◎多床室の居住費は光熱水費相当分です。

◎ご家族・ケアマネジャーからの申請が必要です。

## 3. 食費 ◎利用者負担段階により異なります。※負担限度額(単位円)

	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
朝食	450	450	450	450
昼食	450	450	450	450
夕食	480	480	480	480
合計	1,380/日	※650/日	※390/日	※300/日

## 4. その他の利用料(消費税込)

理美容代	実 費
私物洗濯代	238円/日
電気代 :テレビ	76円/日
:電気毛布類1品につき(電気アンカ、湯たんぽは使用できません)	86円/日
:冷蔵庫・その他1品につき	54円/日
ハミングッド(口腔ケア用品) 20本	756円

高額介護サービス費は、上記1の施設サービス費の合計額が、負担段階に応じた上限額を超えると請求できます。

# 短期入所療養介護 利用料金表(H30.6～)

介護老人保健施設 明和苑

## 1. 施設サービス費利用者負担(単位円) ◎利用者負担割合証に準ずる

※リハビリテーション機能強化加算なし

要介護度	サービスコード		多床室利用
			1割負担/日
1	22	1311	826
2	22	1321	874
3	22	1331	935
4	22	1341	986
5	22	1351	1,039

### (加算)

サービスコード	サービス内容	1割負担
22 6111	個別リハビリ加算	240/日
22 6100	サービス提供体制強化加算(I)イ	18/日
22 1920	送迎加算	184/片道
22 6277	緊急短期入所受入加算	90/日
22 6278	重度療養管理加算	120/日
22 6275	療養食加算(1食=1回 1日3食を限度)	8/回
22 6280	老短在宅復帰・在宅療養支援加算(I)	34/日
22 6108	介護職員処遇改善加算(I)	介護報酬総単位数に3.9%を乗じた額で、利用者負担は上記額×0.1(2割負担で×0.2となります)□

◎個別リハビリ加算について・・・回数や頻度についてはお問い合わせください。

## 2. 居住費 ◎利用者負担段階により異なります。※負担限度額(単位円)

	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
多床室	370/日	※370/日	※370/日	※0/日

◎多床室の居住費は光熱水費相当分です。

◎ご家族・ケアマネジャーからの申請が必要です。

## 3. 食費 ◎利用者負担段階により異なります。※負担限度額(単位円)

	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
朝食	450	450	450	450
昼食	450	450	450	450
夕食	480	480	480	480
合計	1380/日	※650/日	※390/日	※300/日

## 4. その他の利用料(消費税込)

理美容代	実費
私物洗濯代	238円/日
電気代 : テレビ	76円/日
: 電気毛布類1品につき(電気アンカ、湯たんぽは使用できません)	86円/日
: 冷蔵庫・その他1品につき	54円/日
ハミングッド(口腔ケア用品) 20本	756円

高額介護サービス費は、上記1の施設サービス費の合計額が、負担段階に応じた上限額を超えるとき請求できます。