

CITY OF HOPE ショートステイ（二人部屋）

施設利用料金表

※ 下表につきまして ※

- ① 介護福祉施設利用料は、介護保険の給付対象となります。負担割合につきましては、お住まいの自治体より発行される「介護保険負担割合証」をご確認ください。
- ② 食費・居住費は、原則では自己負担となりますが、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けることで、費用負担が軽減されます。軽減される額は、所得などの状況に応じて、第1から第4段階(利用者負担段階)に分けられます。「介護保険負担限度額認定証」の交付には、自治体への申請が必要となります。

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (1割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第1段階 (1割負担) 生活保護受給世帯	要支援1	490	300	0	790
	要支援2	609			909
	要介護1	659			959
	要介護2	731			1,031
	要介護3	804			1,104
	要介護4	875			1,175
	要介護5	947			1,247

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (1割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第2段階 (1割負担) 住民税非課税世帯	要支援1	490	600	370	1,460
	要支援2	609			1,579
	要介護1	659			1,629
	要介護2	731			1,701
	要介護3	804			1,774
	要介護4	875			1,845
	要介護5	947			1,917

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (1割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第3段階① (1割負担) 住民税非課税世帯	要支援1	490	1,000	370	1,860
	要支援2	609			1,979
	要介護1	659			2,029
	要介護2	731			2,101
	要介護3	804			2,174
	要介護4	875			2,245
	要介護5	947			2,317

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (1割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第3段階② (1割負担) 住民税非課税世帯	要支援1	490	1,300	370	2,160
	要支援2	609			2,279
	要介護1	659			2,329
	要介護2	731			2,401
	要介護3	804			2,474
	要介護4	875			2,545
	要介護5	947			2,617

CITY OF HOPE ショートステイ（二人部屋）

施設利用料金表

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (1割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第4段階 (1割負担) 住民税課税世帯	要支援1	490	1,500	1,000	2,990
	要支援2	609			3,109
	要介護1	659			3,159
	要介護2	731			3,231
	要介護3	804			3,304
	要介護4	875			3,375
	要介護5	947			3,447

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (2割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第4段階 (2割負担) 住民税課税世帯	要支援1	980	1,500	1,000	3,480
	要支援2	1,217			3,717
	要介護1	1,318			3,818
	要介護2	1,461			3,961
	要介護3	1,608			4,108
	要介護4	1,750			4,250
	要介護5	1,893			4,393

(単位:円)

利用者負担段階	要支援/ 要介護度	介護福祉施設 利用料 (3割負担)	食費	居住費	一日当たりの費用
第4段階 (3割負担) 住民税課税世帯	要支援1	1,469	1,500	1,000	3,969
	要支援2	1,826			4,326
	要介護1	1,977			4,477
	要介護2	2,191			4,691
	要介護3	2,411			4,911
	要介護4	2,625			5,125
	要介護5	2,839			5,339

その他の施設サービス加算 (網掛けは全入所者算定)		負担割合(単位:円)		
		1割	2割	3割
①	サービス体制強化加算(Ⅲ)/日	7	13	16
②	送迎加算 通常実施地域:埼玉県羽生市、行田市、加須市、 群馬県館林市、明和町	190	380	570
③	療養食加算/回(一日3回まで)	9	17	25
④	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)/月	1ヵ月負担額(介護保険適用)8.3%相当		
⑤	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)/月	1ヵ月負担額(介護保険適用)2.3%相当		
⑥	介護職員等ベースアップ等支援加算/月	1ヵ月負担額(介護保険適用)1.6%相当		

★ 介護保険外の費用
電気代:
電化製品1台につき 30円/日
※ 上記以外に、必要に応じて
医療費、散髪代を頂いております。