

清輝苑 ショートステイ（多床室）

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	461	300	0	761
	要支援2	574			874
	要介護1	616			916
	要介護2	687			987
	要介護3	762			1,062
	要介護4	833			1,133
	要介護5	903			1,203

(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	461	600	370	1,431
	要支援2	574			1,544
	要介護1	616			1,586
	要介護2	687			1,657
	要介護3	762			1,732
	要介護4	833			1,803
	要介護5	903			1,873

(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	461	1,000	370	1,831
	要支援2	574			1,944
	要介護1	616			1,986
	要介護2	687			2,057
	要介護3	762			2,132
	要介護4	833			2,203
	要介護5	903			2,273

(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	461	1,300	370	2,131
	要支援2	574			2,244
	要介護1	616			2,286
	要介護2	687			2,357
	要介護3	762			2,432
	要介護4	833			2,503
	要介護5	903			2,573

清輝苑 ショートステイ（多床室）

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	461	1,445	855	2,761
	要支援2	574			2,874
	要介護1	616			2,916
	要介護2	687			2,987
	要介護3	762			3,062
	要介護4	833			3,133
	要介護5	903			3,203

(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	922	1,445	855	3,222
	要支援2	1,147			3,447
	要介護1	1,232			3,532
	要介護2	1,374			3,674
	要介護3	1,523			3,823
	要介護4	1,665			3,965
	要介護5	1,806			4,106

(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	1,383	1,445	855	3,683
	要支援2	1,720			4,020
	要介護1	1,847			4,147
	要介護2	2,061			4,361
	要介護3	2,284			4,584
	要介護4	2,498			4,798
	要介護5	2,709			5,009

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	9
②	機能訓練体制加算/日	13	25	37
③	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
④	療養食加算/回(一日3回まで)	9	17	25
⑤	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		
⑥	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		
⑦	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。