

ライゼ清輝苑 ショートステイ（ユニット型個室）

短期入所生活介護利用料金表

※ 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	547	300	820	1,667
	要支援2	678			1,798
	要介護1	728			1,848
	要介護2	798			1,918
	要介護3	875			1,995
	要介護4	949			2,069
	要介護5	1,020			2,140

(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	547	600	820	1,967
	要支援2	678			2,098
	要介護1	728			2,148
	要介護2	798			2,218
	要介護3	875			2,295
	要介護4	949			2,369
	要介護5	1,020			2,440

(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	547	1,000	1,310	2,857
	要支援2	678			2,988
	要介護1	728			3,038
	要介護2	798			3,108
	要介護3	875			3,185
	要介護4	949			3,259
	要介護5	1,020			3,330

(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	547	1,300	1,310	3,157
	要支援2	678			3,288
	要介護1	728			3,338
	要介護2	798			3,408
	要介護3	875			3,485
	要介護4	949			3,559
	要介護5	1,020			3,630

ライゼ清輝苑 ショートステイ（ユニット型個室）

短期入所生活介護利用料金表

(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	547	1,600	2,200	4,347
	要支援2	678			4,478
	要介護1	728			4,528
	要介護2	798			4,598
	要介護3	875			4,675
	要介護4	949			4,749
	要介護5	1,020			4,820

(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	1,093	1,600	2,200	4,893
	要支援2	1,356			5,156
	要介護1	1,455			5,255
	要介護2	1,595			5,395
	要介護3	1,750			5,550
	要介護4	1,897			5,697
	要介護5	2,039			5,839

(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	1,640	1,600	2,200	5,440
	要支援2	2,033			5,833
	要介護1	2,182			5,982
	要介護2	2,393			6,193
	要介護3	2,625			6,425
	要介護4	2,845			6,645
	要介護5	3,059			6,859

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(Ⅱ)/日	19	37	56
②	夜勤職員配置加算(Ⅱ)/日	19	37	56
③	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)/月	11	21	31
④	送迎加算 (通常実施地域:埼玉県加須市、羽生市、茨城県古河市)	190	380	570
⑤	療養食加算/回(一日3回まで)	7	13	19
⑥	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)/月	1ヵ月負担額(介護保険適用)14.0%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。