

ユニット型併設型（介護予防）短期入所生活介護    利用料金表（2割負担）

<別紙2－1>

|                        |        |        |        |        |        |        |        |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 令和8年8月1日現在（単位：円）       |        |        |        |        |        |        |        |
|                        | 要支援 1  | 要支援 2  | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
| ユニット型併設型（介護予防）短期入所生活介護 | 1, 058 | 1, 312 | 1, 408 | 1, 544 | 1, 694 | 1, 836 | 1, 974 |
| サービス提供体制加算Ⅰ            | 44     |        |        |        |        |        |        |
| 夜間職員配置加算Ⅱ              | 36     |        |        |        |        |        |        |
| 小計                     | 1, 138 | 1, 392 | 1, 488 | 1, 624 | 1, 774 | 1, 916 | 2, 054 |
| 介護職員処遇改善加算（17.6%）      | 200    | 245    | 262    | 286    | 312    | 337    | 362    |
| 合計                     | 1, 338 | 1, 637 | 1, 750 | 1, 910 | 2, 086 | 2, 253 | 2, 416 |

|                                     |                |        |
|-------------------------------------|----------------|--------|
| 食費/1日<br>（上限額）                      | 利用者負担    第1段階  | 該当なし   |
|                                     | 利用者負担    第2段階  |        |
|                                     | 利用者負担    第3段階① |        |
|                                     | 利用者負担    第3段階② |        |
|                                     | 4段階または上記以外の方   | 1, 630 |
| （ ・ 朝食：500    ・ 昼食：565    ・ 夕食：565） |                |        |

|        |                |        |
|--------|----------------|--------|
| 居住費/1日 | 利用者負担    第1段階  | 該当なし   |
|        | 利用者負担    第2段階  |        |
|        | 利用者負担    第3段階① |        |
|        | 利用者負担    第3段階② |        |
|        | 4段階または上記以外の方   | 2, 130 |

|      |       |     |
|------|-------|-----|
| 日用品費 | 1日あたり | 150 |
|------|-------|-----|

|                          |                |                                                                    |
|--------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| ご負担額<br><br><br><br>(1日) | 利用者負担    第1段階  | 該当なし                                                               |
|                          | 利用者負担    第2段階  |                                                                    |
|                          | 利用者負担    第3段階① |                                                                    |
|                          | 利用者負担    第3段階② |                                                                    |
|                          | 4段階または上記以外の方   | 5, 248    5, 547    5, 660    5, 820    5, 996    6, 163    6, 326 |

（注）

①上記に掲げる利用料金は、概算であるため実際の請求金額と異なる場合があります。

※下記の条件に該当した場合には、上記料金に加算をさせていただきます。（単位：円）

|       |                |        |
|-------|----------------|--------|
| 送迎加算  | 送迎を行った場合（片道）   | 368/片道 |
| 療養食加算 | 療養食を提供した場合（1食） | 16/1食  |

|                                          |                                       |       |
|------------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| ●介護保険外での自己負担費用（参考月額） <span>（単位：円）</span> |                                       |       |
| 理美容代                                     | 訪問理容等を施設内理髪室で利用した場合（理容師来設日程と合致した時に限る） | 別途実費  |
| 医療機関受診料                                  | 利用者が医療機関を受診した場合の個人負担分費用               | 実費相当分 |
| 薬代及び処方箋料                                 | 利用者が医療機関を受診し、処方を受けた場合の個人負担分費用         | 実費相当分 |
| クリーニング費用                                 | 状況により業者をご紹介します。                       | 実費相当分 |