

(別紙) 利用料金説明書

社会福祉法人 みのり福祉会

ソラーナ介護予防短期入所生活介護事業所

利用料金

- ・介護保険給付対象サービス料金について、国が定める負担割合に応じて利用料金をご負担いただきます。
- ・介護予防サービス計画が作成されていない場合、利用時に介護保険給付の対象とはならないため、国が定める額（介護予防短期入所生活介護にかかる10割の費用）をお支払いいただきます。この場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(1) 介護保険給付対象サービス

連続した利用における介護保険適用は30日が限度です。

① 基本報酬

区分	国が定める 1日当たりの利用料金		国が定める負担割合に応じた 1日当たりの利用料金 (1割の場合)	
	従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
要支援1	4,510円	4,510円	451円	451円
要支援2	5,610円	5,610円	561円	561円

連続して30日を超える利用の場合、1日当たり30円を差し引きます。

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年9月までの間、上記の基本報酬に0.1%上乘せします。

② 個別加算（利用者の状況に応じて、下記を加算する場合があります。）

		1割負担 の場合
個別機能訓練加算	1日につき	56円
送迎加算	片道	184円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日につき	200円
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	120円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1月につき	100円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月につき	200円
療養食加算	1回につき	8円
緊急短期入所受入加算	1日につき	90円

③体制加算（当事業所の職員状況に応じて、下記を加算する場合があります。）

		1割負担の場合
機能訓練指導体制加算	1日につき	12円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1日につき	3円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	1日につき	4円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき	22円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき	18円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき	6円
生活相談員配置等加算	1日につき	13円

④処遇改善加算

		1割負担の場合
介護職員等処遇改善加算 Ⅰ		14.0%
介護職員等処遇改善加算 Ⅱ		13.6%
介護職員等処遇改善加算 Ⅲ		11.3%
介護職員等処遇改善加算 Ⅳ		9.0%

注：①～③の合計利用料金に加算率を乗じた額

注：①～③の合計利用料金に加算率を乗じた額

※上記①～④の利用者利用料金自己負担分は、介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合の額とします。

※特別養護老人ホームソラーナの空ベッドを利用した場合は、特別養護老人ホームソラーナの加算要件で算定をします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

①滞在費

利用者階層	従来型個室	多床室
第4段階	1,231円	915円
第3段階	880円	430円
第2段階	480円	430円
第1段階	380円	0円

②食費（キャンセルが必要な場合は事前にお知らせ願います。）

利用者階層	負担上限額
第4段階	1600円
第3段階-①	1000円
第3段階-②	1300円
第2段階	600円
第1段階	300円

※ 朝食（345円）、昼食（700円）、夕食（400円）となります。

※滞在費の自己負担額については、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※食費について、負担限度額を超える額については補足給付として支給されます。

③その他の料金

日常生活用品 購入代行	購入依頼品の購入に要した金額の実費
理容サービス	月2回、毎月第2, 4月曜日に理容組合による理容サービスがあります。 料金は別途かかります（有償ボランティアです）。
電気代	1日あたり50円 （希望により電気製品を持ち込むなどして使用の場合）

(3) 利用期間中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

次の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止いたします。

- ①利用者が途中退所を希望した時
- ②入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった時
- ③利用中に体調が悪くなった時
- ④他の利用者の生活又は健康に重大な影響を与える行為があった時

(4) お支払い方法

毎回、短期入所生活介護終了後、毎月15日までに前月分の請求を致しますので、末日迄に口座振替でお支払い下さい。

利用料の支払いが3ヶ月以上滞った場合は、利用中止の手続きをとり、契約を解除させていただきます。

以上説明を受けました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名 _____ 印

身元保証人氏名 _____ 印

(続柄 _____)