

# 短期入所療養介護(ショートステイ)サービス利用料金同意書

令和6年8月1日より施設サービスの利用料金表です。

(基本型・加算型)

## 短期入所療養介護サービス(基本I)段階別 利用料金表

### 第4段階入所サービス費(従来型個室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	753 円	22 円	24 円	51 円	1,445 円	1,728 円	4,023 円
介護2	801 円						4,071 円
介護3	864 円						4,134 円
介護4	918 円						4,188 円
介護5	971 円						4,241 円

### 第4段階入所サービス費(多床室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	830 円	22 円	24 円	51 円	1,445 円	437 円	2,809 円
介護2	880 円						2,859 円
介護3	944 円						2,923 円
介護4	997 円						2,976 円
介護5	1,052 円						3,031 円

### 第3段階②入所サービス費(従来型個室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	753 円	22 円	24 円	51 円	1,300 円	1,370 円	3,520 円
介護2	801 円						3,568 円
介護3	864 円						3,631 円
介護4	918 円						3,685 円
介護5	971 円						3,738 円

### 第3段階②入所サービス費(多床室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	830 円	22 円	24 円	51 円	1,300 円	430 円	2,657 円
介護2	880 円						2,707 円
介護3	944 円						2,771 円
介護4	997 円						2,824 円
介護5	1,052 円						2,879 円

### 第3段階①入所サービス費(従来型個室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	753 円	22 円	24 円	51 円	1,000 円	1,370 円	3,220 円
介護2	801 円						3,268 円
介護3	864 円						3,331 円
介護4	918 円						3,385 円
介護5	971 円						3,438 円

### 第3段階①入所サービス費(多床室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	830 円	22 円	24 円	51 円	1,000 円	430 円	2,357 円
介護2	880 円						2,407 円
介護3	944 円						2,471 円
介護4	997 円						2,524 円
介護5	1,052 円						2,579 円

### 第2段階 入所サービス費(従来型個室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	753 円	22 円	24 円	51 円	600 円	550 円	2,000 円
介護2	801 円						2,048 円
介護3	864 円						2,111 円
介護4	918 円						2,165 円
介護5	971 円						2,218 円

### 第2段階入所サービス費(多床室)

	施設サービス費	サービス提供体制強化加算I	夜勤職員配置加算	在宅復帰・在宅療養支援加算I	※食費	※居住費	1日合計
介護1	830 円	22 円	24 円	51 円	600 円	430 円	1,957 円
介護2	880 円						2,007 円
介護3	944 円						2,071 円
介護4	997 円						2,124 円
介護5	1,052 円						2,179 円

\* 第1段階入所サービス費(多床室)は生活保護支給者対象のため、料金が個々に異なります。

個別リハビリ実施加算 240円/回 送迎加算 184円(片道)  
療養食加算 8円/1食につき

上記介護保険料(居住費・食費以外)の請求額に、介護処遇改善加算I 7.5%を加算致します。

その他、個別サービス費(栄養補助食品や、特別な電気料金、散髪料金など)が、発生する場合があります。

私は、施設サービス費の改定に伴い施設サービスの変更の説明を受け、一切承諾し、介護老人保健施設サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

同意者 氏 名 \_\_\_\_\_

利用者 氏 名 \_\_\_\_\_

説明者 氏 名 \_\_\_\_\_