

かぬきショートステイサービス利用料金表（介護保険給付対象サービス）

●介護サービス自己負担額

(数値：単位数)

予防短期入所生活介護費	要支援 1	451/日
	要支援 2	561/日
短期入所生活介護費	要介護 1	603/日
	要介護 2	672/日
	要介護 3	745/日
	要介護 4	815/日
	要介護 5	884/日
機能訓練体制加算		12/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ		22/日
夜勤職員配置加算Ⅲ		15/日
看護体制加算Ⅲ 1		12/日
看護体制加算Ⅳ 1		23/日
送迎加算（片道）		184/回
長期利用者提供減算		-30/日
緊急短期入所受入加算	90/日（7日又はやむを得ない事情がある場合は14日を限度）	
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×14/1000	
※ ¹ 療養食加算		8/食

※¹医師の指示に基づいて行う場合に加算します

*加算の要件を満たしているかどうか月単位で判断しますので、月によっていただく加算が変化する場合があります。また、加算項目は同意に基づいて加算いたします。

*沼津市は地域区分が「7級地」に該当するため、上記表の単位数に10.14円を乗じた額が基準となります。さらに、その金額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を適用したものが、利用者の自己負担額となります。

かぬきショートステイサービス利用料金表（介護保険給付対象外サービス）

●居住費・食費

(数値：円)

負担限度額	個室	食費	食費内訳	
負担限度額第1段階	380/日	300/日	朝食	416
負担限度額第2段階	480/日	600/日	昼食	625
負担限度額第3段階①	880/日	1000/日	夕食	459
負担限度額第3段階②	880/日	1300/日		
負担限度額第4段階	1231/日	1500/日		

●その他（希望に応じた月額の手当料）

日常生活用品

ティッシュ・洗浄用コットン	140/月
歯ブラシ・義歯洗浄剤	140/月

●その他（実費等）

行事費用	行事に伴う外出や出前、クラブ活動の費用は個人負担とします。
病院受診	ご家族対応となります。
利用中の外出	ご家族対応となります。
理美容	個人負担とします。
日常生活用品	トイレトーパーやせっけんなど共同使用する品は施設が負担します。