# <ソルメゾン 指定短期入所生活介護 ご利用者負担額目安一覧表> 「利用者負担割合 1割

# 【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和3年4月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を 加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型短期入所生活介護費Iユニット型個室	735	806	884	958	1,030
機能訓練指導員配置加算	13	13	13	13	13
看 護 体 制 加 算 ( Ⅲ ) イ	13	13	13	13	13
看 護 体 制 加 算 ( Ⅳ ) イ	25	25	25	25	25
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	19	19	19	19	19
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19	19	19	19	19
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に加算	章率(8.3%)を乗し	じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算(I)		合計単位数に加算		じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額 小計(1日当り)	913	992	1,079	1,161	1,241

# 【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

第1段階:老齢福祉年金の受給者で、本人や世帯全員が住民税非課税の方。生活保護受給者。

第2段階:本人や世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入が80万円以下の方。

第3段階:本人や世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の方。

第4段階以上:第1段階から第3段階に含まれない方。

	項		目		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階以上
食				費	300	390	650	1,400
日	用		品	費	実 費	実 費	実 費	実 費
教	養	娯	楽	費	実 費	実 費	実 費	実 費
滞		在		費	820	820	1,310	4,000
②上	記項目の自己負	負担額	小計(11	∃当り)	1,120	1,210	1,960	5,400

#### 【1日当り基本料金合計(目安)】①+②

	所 得	段階		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第	1	段	階	2,033	2,112	2,199	2,281	2,361
第	2	段	階	2,123	2,202	2,289	2,371	2,451
第	3	段	階	2,873	2,952	3,039	3,121	3,201
第	4 段	階以	し 上	6,313	6,392	6,479	<b>6,</b> 561	6,641

#### 【その他の利用料金】

③加管項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担類(非理税)

3.加昇項目に該当した場合の1日又は1回当りのこ利用者負担額(非課税)								
加算項目の名称	1日/1回当り	備考						
生活機能向上連携加算(I)	118	3ヶ月に1回限定						
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	235	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき118円)						
個 別 機 能 訓 練 加 算	67							
看 護 体 制 加 算 ( I )	5							
看 護 体 制 加 算 ( Ⅱ )	10							
医療 連 携 強 化 加 算	69	在宅中重度者受入加算を算定している場合は算定しない						
夜 勤 職 員 配 置 加 算 ( Ⅳ )	25							
認知症行動 • 心理症状緊急対応加算	235	7日を限度						
若年性認知症利用者受入加算	141	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない						
送 迎 加 算	216	片道						
緊急短期入所受入加算	105	7日を限度 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない						
療 養 食 加 算	10	1回につき、1日3回限度						
在宅中重度者受入加算 イ	493	看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イを算定している場合						
在宅中重度者受入加算口	489	看護体制加算(Ⅱ)又は(IV)イを算定している場合						
在宅中重度者受入加算 ハ	484	看護体制加算(I)又は(Ⅲ)イ、及び(Ⅱ)又は(IV)イをいずれも算定している場合						
在宅中重度者受入加算二	497	看護体制加算を算定していない場合						
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	4							
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	5							
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	27							
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7							

上記の額は、介護職員処遇改善加算(I)、介護職員等特定処遇改善加算(I)を含めた目安額です。

# ④その他の別途料金(理美容は非課税、その他課税) ⑤食費内訳(非課税)

⑥理美容料金	(非課税)
項	目

カット・ 婦 人 襟 剃

シャンプー・ セット

カット・シャンプー・ 顔剃

カット・シャンプ

<u>カット・</u>

人

力

18

顔

毛

婦

耳	į	目		料	金
理	美		容	⑥別表	ご参照
喫 衤	ドコ -	- ナ	ĺ	実	費
特	別な	食	事	実	費
地域	外送迎	(片)	道)	2,0	23
複写物	物の交付(	1枚当	当り)		22

種	別	料 金
朝	食	280
昼	食	610
タ	食	510
合	計	1,400

# ⑦キャンセル料(不課税)

- i. 利用開始4日前までにお申し出がなかった場合、キャンセル料をお支払いいた
- だきます。介護報酬上のご利用者負担額最大5日分 ii. 利用中の自己都合の取り消しの場合、利用残日数分のキャンセル料をお支払い いただきます。介護報酬上のご利用者負担額最大5日分
- (注)・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
  ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
  ・第1段階から第3段階の方につきましては、介護保険給付対象外サービスに特定入所者介護サービス費が適用されます。
  上記は適用後の金額を表記しています。
  ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。
  1 2

2,000

2,500

3,000 6,000

1,500

1,000

4,000

5,000

3,500

1,500

7

剃

染

染

剃

毛

顔

# <ソルメゾン 指定短期入所生活介護 ご利用者負担額目安一覧表> 同用者負担割合 2割

# 【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和3年4月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型短期入所生活介護費 I ユニット型個室	1,469	1,612	1,768	1,916	2,060
機能訓練指導員配置加算	26	26	26	26	26
看 護 体 制 加 算 ( Ⅲ ) イ	26	26	26	26	26
看 護 体 制 加 算 ( Ⅳ ) イ	49	49	49	49	49
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	38	38	38	38	38
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	38	38	38	38	38
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に加算	章率(8.3%)を乗し	じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算(I)		合計単位数に加算	章率(2.7%)を乗し	じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額 小計(1日当り)	1,825	1,984	2,157	2,321	2,482

# 【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

第1段階:老齢福祉年金の受給者で、本人や世帯全員が住民税非課税の方。生活保護受給者。

第2段階:本人や世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入が80万円以下の方。

第3段階:本人や世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の方。

第4段階以上:第1段階から第3段階に含まれない方。

	項		Ħ		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階以上
食				費	300	390	650	1,400
日	用			費	実 費	実 費	実 費	実 費
教	養	娯	楽	費	実 費	実 費	実 費	実 費
滞		在		費	820	820	1,310	4,000
②上	記項目の自己生	負担額	小計(11	∃当り)	1,120	1,210	1,960	5,400

#### 【1日当り基本料金合計(目安)】①+②

	所	得	段階	t I		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第	1		段		階	2,945	3,104	3,277	3,441	3,602
第	2		段		階	3,035	3,194	3,367	3,531	3,692
第	3		段		階	3,785	3,944	4,117	4,281	4,442
第	4	段	階	以	上	7,225	7,384	7,557	7,721	7,882

#### 【その他の利用料金】

③加管項目に該当した場合の1日又は1回当りのご利用者負担類(非理税)

3.加昇項目に該当した場合の1日又は1回当りのこ利用者負担額(非課税)								
加算項目の名称	1日/1回当り	備考						
生活機能向上連携加算(I)	235	3ヶ月に1回限定						
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	469	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき235円)						
個 別 機 能 訓 練 加 算	133							
看 護 体 制 加 算 ( I )	9							
看 護 体 制 加 算 ( Ⅱ )	19							
医療 連 携 強 化 加 算	137	在宅中重度者受入加算を算定している場合は算定しない						
夜 勤 職 員 配 置 加 算 ( Ⅳ )	49							
認知症行動 • 心理症状緊急対応加算	469	7日を限度						
若年性認知症利用者受入加算	281	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない						
送 迎 加 算	431	片道						
緊急短期入所受入加算	209	7日を限度 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない						
療 養 食 加 算	19	1回につき、1日3回限度						
在宅中重度者受入加算	986	看護体制加算(I)又は(Ⅲ)イを算定している場合						
在宅中重度者受入加算口	977	看護体制加算(Ⅱ)又は(IV)イを算定している場合						
在宅中重度者受入加算 ハ	967	看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ、及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)イをいずれも算定している場合						
在宅中重度者受入加算 二	994	看護体制加算を算定していない場合						
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	7							
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	9							
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	53							
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	13							

上記の額は、介護職員処遇改善加算(I)、介護職員等特定処遇改善加算(I)を含めた目安額です。

④その他の別途料金(理美容は非課税、その他課税) ⑤食費内訳(非課税) 目

ナ

な食

地域外送迎(片道)

容

事

O = 4341 4		
種	別	料 金
朝	食	280
昼	食	610
タ	食	510
合	計	1,400

⑥理美容料金(非課税)

項	Ħ	料 金
カッ	,	2,000
カット・ 好	吊人 襟 剃	2 <b>,</b> 500
カット・シ	ャンプー	3,000
パー	· マ	6,000
シャンプー	・ セット	1 <b>,</b> 500
顔	剃	1,000
毛	染	4,000
カット	• 毛 染	5,000
カット・シャン	プー・顔剃	3 <b>,</b> 500
婦人	顔 剃	1,500

# 複写物の交付(1枚当り) ⑦キャンセル料(不課税)

別

特

- i. 利用開始4日前までにお申し出がなかった場合、キャンセル料をお支払いいた
- だきます。介護報酬上のご利用者負担額最大5日分 ii. 利用中の自己都合の取り消しの場合、利用残日数分のキャンセル料をお支払い いただきます。介護報酬上のご利用者負担額最大5日分

料 金

実 費

⑥別表ご参照

2,023

22

費

- (注)・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
  ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
  ・第1段階から第3段階の方につきましては、介護保険給付対象外サービスに特定入所者介護サービス費が適用されます。
  上記は適用後の金額を表記しています。
  ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。
  1 3

# <ソルメゾン 指定短期入所生活介護 ご利用者負担額目安一覧表> 同用者負担割合 3割

# 【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和3年4月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出したご負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を 加算し、ご請求させていただきます。下記のご負担額はあくまで目安額であり、実際のご請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項    日	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型短期入所生活介護費 I ユニット型個室	2,203	2,418	2 <b>,</b> 652	2,874	3,089
機能訓練指導員配置加算	38	38	38	38	38
看 護 体 制 加 算 ( Ⅲ ) イ	38	38	38	38	38
看 護 体 制 加 算 ( Ⅳ ) イ	73	73	73	73	73
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	57	57	57	57	57
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	57	57	57	57	57
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単位数に加算	章率(8.3%)を乗し	じた単位数で算定	
介護職員等特定処遇改善加算(I)		合計単位数に加算		じた単位数で算定	
①上記項目の自己負担額 小計(1日当り)	2,738	2,976	3 <b>,</b> 235	3,482	3,722

# 【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

第1段階:老齢福祉年金の受給者で、本人や世帯全員が住民税非課税の方。生活保護受給者。

第2段階:本人や世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入が80万円以下の方。 第3段階:本人や世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の方。

第4段階以上:第1段階から第3段階に含まれない方。

21. 2 12411	10111 / 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1. O 1241 A A .		7.0			
	項	目		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階以上
食			費	300	390	650	1,400
日	用	딞	費	実 費	実 費	実 費	実 費
教	養娯	楽	費	実 費	実 費	実 費	実 費
滞	在		費	820	820	1,310	4,000
②上請	己項目の自己負担額	小計(1日当	当り)	1.120	1,210	1,960	5,400

#### 【1日当り基本料金合計(目安)】①+②

	所	得	段階	2		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第	1		段		階	3,858	4,096	4,355	4,602	4,842
第	2		段		階	3,948	4,186	4,445	4,692	4,932
第	3		段		階	4,698	4,936	5,195	5,442	5,682
第	4	段	階	以	上	8,138	8,376	8,635	8,882	9,122

#### 【その他の利用料金】

②加管頂目に該当した根本の1ロマは1同当りのご利田老角用類(は課題)

③加昇-項目に該回した場合の1日又は1回回りのこ利用有頁担領(非議院)						
加算項目の名称	1日/1回当り	備考				
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	352	3ヶ月に1回限定				
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	703	1ヶ月につき(個別機能訓練加算を算定している場合は、1ヶ月につき352円)				
個 別 機 能 訓 練 加 算	200					
看 護 体 制 加 算 ( I )	13					
看 護 体 制 加 算 ( Ⅱ )	29					
医療 連 携 強 化 加 算	206	在宅中重度者受入加算を算定している場合は算定しない				
夜 勤 職 員 配 置 加 算 ( IV )	73					
認知症行動 • 心理症状緊急対応加算	703	7日を限度				
若年性認知症利用者受入加算	421	認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない				
送 迎 加 算	646	片道				
緊急短期入所受入加算	314	7日を限度 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない				
療 養 食 加 算	29	1回につき、1日3回限度				
在宅中重度者受入加算 イ	1,478	看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イを算定している場合				
在宅中重度者受入加算口	1,466	看護体制加算(Ⅱ)又は(IV)イを算定している場合				
在宅中重度者受入加算 ハ	1,450	看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ、及び(Ⅱ)又は(Ⅳ)イをいずれも算定している場合				
在宅中重度者受入加算 二	1,491	看護体制加算を算定していない場合				
認知症専門ケア加算(I)	10					
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	13					
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	79					
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	19					

上記の額は、介護職員処遇改善加算(I)、介護職員等特定処遇改善加算(I)を含めた目安額です。

④その他の別途料金(理美容は非課税、その他課税) 目

ナ

容

⑤食費内訳(非課税)

種	別	料 金
朝	食	280
昼	食	610
夕	食	510
合	計	1 <b>,</b> 400

⑥理美容料金(非課税)

項	目	料 金
カッ	<b>١</b>	2,000
カット・ 娟	引人 襟 剃	2 <b>,</b> 500
カット・シ	ャンプー	3,000
パー	マ	6,000
シャンプー	・セット	1 <b>,</b> 500
顔	剃	1,000
毛	染	4,000
カット・	• 毛 染	5 <b>,</b> 000
カット・シャン	プ <b>ー・</b> 顔剃	3 <b>,</b> 500
婦人	顔 剃	1 <b>,</b> 500

# ⑦キャンセル料(不課税)

地域外送迎(片道)

複写物の交付(1枚当り)

別 な 食 事

特

- i. 利用開始4日前までにお申し出がなかった場合、キャンセル料をお支払いいた
- だきます。介護報酬上のご利用者負担額最大5日分 ii. 利用中の自己都合の取り消しの場合、利用残日数分のキャンセル料をお支払い いただきます。介護報酬上のご利用者負担額最大5日分

料

実 費

実 費

⑥別表ご参照

2,023

22

金

- (注)・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
  ・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
  ・第1段階から第3段階の方につきましては、介護保険給付対象外サービスに特定入所者介護サービス費が適用されます。
  上記は適用後の金額を表記しています。
  ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。
  1 4