ローズヒル利用料金【短期入所生活介護】重要事項説明書改訂版

令和5年11月1日改訂版　　（単位：円）

		負担割合	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	
			多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室
①	ご契約者の要介護度とサービス利用料金		5,369	5,369	6,667	6,667	7,353	7,353	8,176	8,176	9,030	9,030	9,843	9,843	10,644	10,644
②	うち、介護保険から給付される金額	9割	4,832	4,832	6,000	6,000	6,617	6,617	7,358	7,358	8,127	8,127	8,858	8,858	9,579	9,579
		8割	4,295	4,295	5,333	5,333	5,882	5,882	6,540	6,540	7,224	7,224	7,874	7,874	8,515	8,515
		7割	3,758	3,758	4,666	4,666	5,147	5,147	5,723	5,723	6,321	6,321	6,890	6,890	7,450	7,450
③	サービス利用に係る自己負担額（①－②）	1割	537	537	667	667	736	736	818	818	903	903	985	985	1065	1065
		2割	1074	1074	1334	1334	1471	1471	1636	1636	1806	1806	1969	1969	2129	2129
		3割	1611	1611	2001	2001	2206	2206	2453	2453	2709	2709	2953	2953	3194	3194
④	居室に係る自己負担額		多床室：**840**　円　　従来型個室：**1,250** 円													
⑤	食事に係る自己負担額		**1,818**													
			〔朝食：540円　昼食：668円（おやつ代含む）　夕食：610円〕													
⑥	自己負担額合計（③＋④＋⑤）	1割	**3,195**	**3,605**	**3,325**	**3,735**	**3,394**	**3,804**	**3,476**	**3,886**	**3,561**	**3,971**	**3,643**	**4,053**	**3,723**	**4,133**
		2割	**3,732**	**4,142**	**3,992**	**4,402**	**4,129**	**4,539**	**4,294**	**4,704**	**4,464**	**4,874**	**4,627**	**5,037**	**4,787**	**5,197**
		3割	**4,269**	**4,679**	**4,659**	**5,069**	**4,864**	**5,274**	**5,111**	**5,521**	**5,367**	**5,777**	**5,611**	**6,021**	**5,852**	**6,262**

☆「①ご契約者の要介護度とサービスの利用料金」の金額は介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数×8.3%）、看護体制加算（Ⅰ）（4単位/日）、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（6単位）、夜勤職員配置加算（Ⅰ－ロ）（13単位/日）、特定処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数×2.7%）、介護職員等ベースアップ等支援加算（所定単位数×1.6%）を含んだ金額です。

☆ 送迎サービスをご利用の場合は、片道184単位の加算となります（市内の場合）。

☆「介護保険負担限度額認定証（別途、申請が必要です）」をお持ちの方は、上記の金額より減額されます。
日常生活費・その他詳細については生活相談員までお問い合わせ下さい。

負担限度　3段階②	1割	**2,207**	**2,657**	**2,337**	**2,787**	**2,406**	**2,856**	**2,488**	**2,938**	**2,573**	**3,023**	**2,655**	**3,105**	**2,735**	**3,185**
負担限度　3段階①	1割	**1,907**	**2,357**	**2,037**	**2,487**	**2,106**	**2,556**	**2,188**	**2,638**	**2,273**	**2,723**	**2,355**	**2,805**	**2,435**	**2,885**
負担限度　2段階	1割	**1,507**	**1,557**	**1,637**	**1,687**	**1,706**	**1,756**	**1,788**	**1,838**	**1,873**	**1,923**	**1,955**	**2,005**	**2,035**	**2,085**
負担限度　1段階	1割	**837**	**1,157**	**967**	**1,287**	**1,036**	**1,356**	**1,118**	**1,438**	**1,203**	**1,523**	**1,285**	**1,605**	**1,365**	**1,685**

☆介護保険適用前に利用した場合。自費の請求につきましては、①＋④＋⑤になります。（介護保険適用後の介護度）