

短期入所生活介護施設 ショートステイ 百花園 料金表

R6.8.1~

多床室(4人部屋)

* 負担限度額認定(第3段階~第1段階)を受けるには要件があり、家族様からのお手続きが必要です。

段階	所得状況	介護 度	介護保険分			利用負担分		合計分	送迎 送迎加算 片道	処遇 改善 加算Ⅱ
			介護サービス費 1日	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ) 1日	①介護保険合計 1日	②居住費 1日(2685)	③食費 1日	(①+②+③)総合計 1日		
第4段階	市民税課税 世帯の方 (一般的な 基準の額)	5	884	6	890	915	1770	3575	184	+
		4	815		821			3506		
		3	745		751			3436		
		2	672		678			3363		
		1	603		609			3294		
		支援2	561		567			3252		
		支援1	451		457			3142		
第3段階②	世帯全員が 市民税非課 税で本人収 入が120万 超の方	5	884	6	890	430	1300	2620	184	+
		4	815		821			2551		
		3	745		751			2481		
		2	672		678			2408		
		1	603		609			2339		
		支援2	561		567			2297		
		支援1	451		457			2187		
第3段階①	世帯全員が 市民税非課 税で本人収 入が80万超 120万以下 の方	5	884	6	890	430	1000	2320	184	+
		4	815		821			2251		
		3	745		751			2181		
		2	672		678			2108		
		1	603		609			2039		
		支援2	561		567			1997		
		支援1	451		457			1887		
第2段階	世帯全員が 市民税非課 税で本人収 入が80万以 下の方	5	884	6	890	430	600	1920	184	+
		4	815		821			1851		
		3	745		751			1781		
		2	672		678			1708		
		1	603		609			1639		
		支援2	561		567			1597		
		支援1	451		457			1487		
第1段階	世帯全員が 市民税非課 税/生活保 護受給者	5	884	6	890	0	300	1190	184	+
		4	815		821			1121		
		3	745		751			1051		
		2	672		678			978		
		1	603		609			909		
		支援2	561		567			867		
		支援1	451		457			757		

* 注意事項: ①介護負担割合が2割負担の方介護保険分が2倍となります。

②負担限度額認定制度の申請については、お問い合わせください。

(本人様の所得状況の他、本人様及び配偶者様の預貯金についての要件があります)

★処遇改善加算Ⅱ: 1月介護サービス費×13.6%

* 介護保険給付以外の利用料金

1 食費	上記料金表の通り
2 居住費	上記料金表の通り
3 電気料(利用料といっしょに請求)	1コンセントあたり:50円 (例:テレビ+電気毛布=100円)
4 引き落とし手数料	金融機関によって違います
5 理容代金(現金での支払い)	顔そりあり(女性のみ):2500円 カットのみ:2000円:希望時は事前予約
6 不足持参品について施設備品使用	持参品について不足の際、ご家族様からご持参頂けない場合に実費

※床屋さんを希望される場合は事前にお知らせください

短期入所生活介護施設 ショートステイ 百花園 料金表

R6.8.1~

個室(1人部屋)

* 負担限度額認定(第3段階~第1段階)を受けるには要件があり、家族様からのお手続きが必要です。

第4段階	所得状況	介護 度	介護保険分			利用負担分		合計分	送迎 送迎加算 片道	処遇 改善加算Ⅱ
			介護サービス費 1日	サービス提供体 制強化加算(Ⅲ) 1日	①介護保険合計 1日	②居住費 1日(3836)	③食費 1日	(①+②+③)総合計 1日		
市民税課税 世帯の方 (一般的な 基準の額)	5	884	6	890	2066	1770	4726	+	+	
	4	815		821			4657			
	3	745		751			4587			
	2	672		678			4514			
	1	603		609			4445			
	支援2	561		567			4403			
	支援1	451		457			4293			
第3段階②	5	884	6	890	1370	1300	3560	+	+	
	4	815		821			3491			
	3	745		751			3421			
	2	672		678			3348			
	1	603		609			3279			
	支援2	561		567			3237			
	支援1	451		457			3127			
第3段階①	5	884	6	890	1370	1000	3260	+	+	
	4	815		821			3191			
	3	745		751			3121			
	2	672		678			3048			
	1	603		609			2979			
	支援2	561		567			2937			
	支援1	451		457			2827			
第2段階	5	884	6	890	880	600	2370	+	+	
	4	815		821			2301			
	3	745		751			2231			
	2	672		678			2158			
	1	603		609			2089			
	支援2	561		567			2047			
	支援1	451		457			1937			
第1段階	5	884	6	890	880	300	2070	+	+	
	4	815		821			2001			
	3	745		751			1931			
	2	672		678			1858			
	1	603		609			1789			
	支援2	561		567			1747			
	支援1	451		457			1637			

* 注意事項: ①介護負担割合が2割負担の方介護保険分が2倍となります。

②負担限度額認定制度の申請については、お問い合わせください。

(本人様の所得状況の他、本人様及び配偶者様の預貯金についての要件があります)

★処遇改善加算Ⅱ: 1月介護サービス費×13.6%

* 介護保険給付以外の利用料金

1 食費	上記料金表の通り
2 居住費	上記料金表の通り
3 電気料(利用料といっしょに請求)	1コンセントあたり:50円 (例:テレビ+電気毛布=100円)
4 引き落とし手数料	金融機関によって違います
5 理容代金(現金での支払い)	顔そりあり(女性のみ):2500円 カットののみ:2000円:希望時は事前予約
6 不足持参品について施設備品使用	持参品について不足の際、ご家族様からご持参頂けない場合に実費

※床屋さんを希望される場合は事前にお知らせください