

ショートステイ 能古清和園
短期入所生活介護 利用料金表

【介護保険負担割合証 1割】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	備考
第4段階 食費 ¥1,350 (朝¥350、昼¥500、夜¥500) 居住費 ¥1,850	¥4,056	¥4,135	¥4,220	¥4,299	¥4,377	—
第3段階 食費 ¥650 居住費 ¥1,310	¥2,816	¥2,895	¥2,980	¥3,059	¥3,137	・世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超える人
第2段階 食費 ¥390 居住費 ¥820	¥2,066	¥2,145	¥2,230	¥2,309	¥2,387	・世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人
第1段階 食費 ¥300 居住費 ¥820	¥1,976	¥2,055	¥2,140	¥2,219	¥2,297	・世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受けている人 ・生活保護を受けている人

※ 所得が低い方で次の3つのいずれにも該当する場合は、負担軽減（第1～3段階）の対象になります。

1. 本人及び同一世帯の方全てが住民税非課税者であること
2. 本人の配偶者（別世帯も含む）が住民税非課税者であること
3. 預貯金等合計額が、単身者は1,000万円以下、配偶者がいる場合は両方で2,000万円以下であること

【介護保険負担割合証 2割】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
負担割合証 2割 食費 ¥1,350 (朝¥350、昼¥500、夜¥500) 居住費 ¥1,850	¥4,913	¥5,069	¥5,240	¥5,398	¥5,555

〈協力病院〉

- ・ マリン病院
(週2回往診)
- ・ グリーンデンタル
クリニック
(週2回往診)

【介護保険負担割合証 3割】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
負担割合証 3割 食費 ¥1,350 (朝¥350、昼¥500、夜¥500) 居住費 ¥1,850	¥5,769	¥6,004	¥6,259	¥6,497	¥6,732

※ 上記金額については、看護体制加算（Ⅰ 4単位/日、Ⅱ 8単位/日）、夜勤職員配置加算（Ⅳ 20単位/日）、機能訓練体制加算（12単位/日）、サービス提供体制強化加算（Ⅱ 6単位/日）、介護職員処遇改善加算（月の所定単位数に10.6%を乗じて得た単位数）を含みます。

ショートステイ 能古清和園
介護予防短期入所生活介護 利用料金表

【介護保険負担割合証 1割】

	要支援1	要支援2	備考
第4段階 食費 ¥1,350 (朝¥350、昼¥500、夜¥500) 居住費 ¥1,850	¥3,821	¥3,965	—
第3段階 食費 ¥650 居住費 ¥1,310	¥2,581	¥2,725	・世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超える人
第2段階 食費 ¥390 居住費 ¥820	¥1,831	¥1,975	・世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人
第1段階 食費 ¥300 居住費 ¥820	¥1,741	¥1,885	・世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受けている人 ・生活保護を受けている人

※ 所得が低い方で次の3つのいずれにも該当する場合は、負担軽減（第1～3段階）の対象になります。

1. 本人及び同一世帯の方全てが住民税非課税者であること
2. 本人の配偶者（別世帯も含む）が住民税非課税者であること
3. 預貯金等合計額が、単身者は1,000万円以下、配偶者がいる場合は両方で2,000万円以下であること

【介護保険負担割合証 2割】

	要支援1	要支援2
負担割合証 2割 食費 ¥1,350 (朝¥350、昼¥500、夜¥500) 居住費 ¥1,850	¥4,442	¥4,731

【介護保険負担割合証 3割】

	要支援1	要支援2
負担割合証 3割 食費 ¥1,350 (朝¥350、昼¥500、夜¥500) 居住費 ¥1,850	¥5,062	¥5,496

〈協力病院〉

- ・マリン病院
(週2回往診)
- ・グリーンデンタル
クリニック
(週2回往診)

※ 上記金額については、機能訓練体制加算（12単位/日）、サービス提供体制強化加算（Ⅱ 6単位/日）、介護職員処遇改善加算（月の所定単位数に10.6%を乗じて得た単位数）を含みます。

ショートステイ 能古清和園
共通 利用料金表

【その他の加算料金】

	加 算	料 金
1	療養食加算（医師の指示による特別食の提供）	1食につき 8円
2	送迎加算	1日につき 195円

【介護保険外サービス料金】

	サービス内容	料 金	内 容
1	日用品費	実 費	歯ブラシなどの口腔関連、シャンプーなどの入浴関連、個人使用のティッシュや髭剃り、持ち込まれた家電の電池などの消耗品費
2	理美容代	1,620円/回	月に1回訪問美容の方が来園します。（料金はカット代、その他に毛染め、パーマ、顔剃り等あります。）
3	特別な食事の費用（外食等）	実 費	利用者様のご希望によります。（出前やお酒等も含む）
4	渡船料（往復）	460円	送迎に伴う渡船料
5	貸室料（家族室）	1室 3,000円/日	面会等により家族室を使用する場合（宿泊）

※ 長期利用の場合、31日目の利用料金は介護保険適応外の為、実費になります。