

短期入所 ご利用料金表

【介護保険事業者番号：0372201004】

(1日あたりのご利用額)

令和6年8月改定

■ 短期入所療養介護 施設サービス費

● 2人・4人部屋

の色部分は、介護負担限度額認定証の記載に沿って段階が適用されます

要介護度	施設サービス費			夜勤職員配置加算			サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担
1	830円	1,660円	2,490円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	*1630円	*377円	40円	2,919円	3,801円	4,678円
2	880円	1,760円	2,640円							2,969円	3,882円		4,813円		
3	944円	1,888円	2,832円							3,033円	4,004円		4,999円		
4	997円	1,994円	2,991円							3,086円	4,106円		5,158円		
5	1,052円	2,104円	3,156円							3,141円	4,212円		5,311円		

● 個室

要介護度	施設サービス費			夜勤職員配置加算			サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担
1	753円	1,506円	2,259円	24円	48円	72円	22円	44円	66円	*1630円	*1668円	40円	4,137円	4,936円	5,735円
2	801円	1,602円	2,403円							4,185円	5,032円		5,879円		
3	864円	1,728円	2,592円							4,248円	5,158円		6,068円		
4	918円	1,836円	2,754円							4,302円	5,266円		6,230円		
5	971円	1,942円	2,913円							4,355円	5,372円		6,389円		

■ 予防介護短期入所 施設サービス費

● 2人・4人部屋

の色部分は、介護負担限度額認定証の記載に沿って段階が適用されます

要介護度	施設サービス費			夜勤職員配置加算			サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	658円	1,316円	1,974円	24円	48円	72円	22円	44円	66円	*1630円	*377円	40円	2,751円	3,455円	4,159円
要支援2	817円	1,634円	2,451円							2,910円	3,773円		4,636円		

● 個室

要介護度	施設サービス費			夜勤体制加算			サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	579円	1,158円	1,737円	24円	48円	72円	22円	44円	66円	*1630円	*1668円	40円	3,963円	4,588円	5,213円
要支援2	726円	1,452円	2,178円							4,110円	4,882円		5,654円		

■ 共通加算事項

加算項目	加算内容	1割負担	2割負担	3割負担
○介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に7.5%を乗じた金額			

（以下の項目は対象の方のみ加算されます）

○夜勤職員配置加算	夜勤者を入所者20名に1名以上、かつ41名以上に2名、40名以下では1名を超える人数配置した場合に加算	24円	48円	72円	
○送迎加算	事業所と居宅との間の送迎を行う場合片道につき加算	184円	368円	552円	
○療養食加算	医師の食事せんに基づき療養食を提供した場合、1食につき加算	8円	16円	24円	
○個別リハビリテーション実施加算	個別リハビリを行った場合1日につき加算	240円	480円	720円	
○緊急短期受け入れ加算	居宅介護サービス計画に於いて計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行った場合、7日間を限度に1日につき加算	90円	180円	270円	
○在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	在宅復帰・在宅療養支援等指標40以上を満し、かつ在宅復帰したものが退所者数の3割を越えた場合一日につき加算。	51円	102円	153円	
○重度療養管理加算	要介護4又は5であって、厚生労働大臣が定める状態である方に対して、医学管理のもと短期入所療養介護を行った場合1日につき加算	120円	240円	360円	
○若年性認知症利用者受け入れ加算	初老期の65歳未満の認知症受け入れ1日につき加算	120円	240円	360円	
○認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状により在宅生活が困難で緊急に入所が必要であると判断した方に対し7日間を限度に加算	200円	400円	600円	
○総合医学管理加算（利用中10日限度）	治療管理を目的とし、以下の基準に従い、居宅サービス計画で計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、10日を限度として1日につき所定単位数を加算	275円	550円	825円	
○緊急時施設療養費	入所者の病状が重篤になり、救命数急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に加算	518円	1036円	1554円	
○認知症ケア加算	エリア認知症専門棟入所受け入れ1日につき加算	76円	152円	228円	
○協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 以下要件を満たす場合に加算①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制の常時確保。②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制の常時確保。③入所者等の病状が急変した場合において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制の確保。	令和7年3月31日まで	100円/月	200円/月	300円/月
		令和7年3月31日まで	50円/月	100円/月	150円/月

■ その他のご利用料金

○家族宿泊利用料	1,100円
○理・美容代	1,000円～5,000円（詳細は希望特別紙料金表にてご説明いたします）



お問い合わせ先： TEL 019-697-0066（代）
FAX 019-697-0122

担当相談員：宮武

短期入所利用申込書

受付					
フリガナ 利用希望者 氏名	Ⓜ	性 別	男 ・ 女	明治 大正 年 月 日生まれ 歳 昭和	
住所	〒 - TEL - -				
利用申込者 氏名	Ⓜ	利用希望者 との続柄			
住所	〒 - TEL - -				
第一連絡先	(氏名) (住所) 〒 -	(続柄)	(TEL)自宅 携帯		
第二連絡先	(氏名) (住所) 〒 -	(続柄)	(TEL)自宅 携帯		
利用希望 理由 (該当理由へ☑)	<input type="checkbox"/> 在宅介護が困難なため (<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が病弱 <input type="checkbox"/> 家屋状況が悪い) <input type="checkbox"/> 機能回復訓練を受けるため <input type="checkbox"/> 福祉施設待機 <input type="checkbox"/> その他 ()				
希望事項	リハビリ希望回数 週 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 入所希望居室 <input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 専門棟 [特別室 個室 多床室 どの部屋でもよい] 送迎希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (平日のみのご対応となります。迎え10:00 送り14:00)				
要介護度 認定日 認定期間	要支援(1・2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 令和 年 月 日 令和 年 月 日～令和 年 月 日		障害者 手帳	・ある ・ない ・申請予定 種別: (種 級)	
生計維持者	・本人 ・配偶者 ・その他()		血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型	
収入状況	・年金(年金 万円/月) (年金 万円/月) ・その他収入()				
家族構成	氏名	年齢	本人との 関係	同居	職業(勤務先)
			本人		
生活歴	ご兄弟: 人 番目 お子様: 人 (男 人、女 人) (どのような暮らしをしておりましたか?)				
出生地	県 市・町・村		嗜好品		
職歴			趣味・特技		
結婚	有 (S.H 年) ・ 無		食 事	好 き 嫌 い	
宗教					

注) 申込時には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・内服薬情報(薬手帳・説明書等)・印鑑をご持参ください。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 … <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()			
	かかりつけ医 病院名	/	医師/通院状況	
	その他受診状況 病院名	/	医師/通院状況	
	<input type="checkbox"/> 病院・施設 ()			
入院(所)時期() 退院・退所予定時期()				
病歴	何歳頃	病名	病院	
	何歳頃	病名	病院	
医療処置の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養(HP) <input type="checkbox"/> インスリン注射(HP) <input type="checkbox"/> その他 { }			
アレルギー関連	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー(内容:) <input type="checkbox"/> その他(内容:) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(内容:) <input type="checkbox"/> アレルギーなし			
	自立	一部介助	全介助	
身体状況	視力	普通	弱視	全盲
	聴力	普通	やや難聴	難聴
	言葉	普通	少し不自由	不自由
日常生活	歩行	独歩杖 歩行器 車イス	歩行器 車椅子	歩行不可(車イス・寝たきり)
	食事	自力摂取	一部手を貸す	全介助(自力摂取不可)
活動状況	普通食・治療食()・経管栄養 主食:軟飯・粥・ミキサー 副食:普通・刻み・極刻み・ミキサー			
動作等の状況	排泄	自力可 トイレ ポータブル リハビリパンツ オムツ	ポータブル 誘導・後始末 リハビリパンツ ・オムツ	常時オムツ・全面介助
	着衣	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	入浴	入浴でき洗える	洗介助 浴槽出入り介助	全介助 特浴(リフト) 清拭
	身支度	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	意思疎通	完全に通じる	ある程度通じる	まったく通じない
	褥創	なし・有り (部位 程度)		
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明			
認知度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 HDS-R /30			
周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 { }			
負担段階	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 … 段階			
保険種別	1.後期高齢者 2.国保(本人・家族) 3.社保(本人・家族) 4.生活保護(市町村:)			
介護保険サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし			
	<input type="checkbox"/> 利用有 居宅介護支援事業所		TEL 担当	
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 二階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	介護環境	・住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【改修内容】 ・介護に支障のある場所等 【】		
予防接種	季節型インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 済 (年 月 日) / <input type="checkbox"/> 予定 (年 月)		
	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 済 (年 月 日) / <input type="checkbox"/> 予定 (年 月)		
	新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 済 最終接種日 回目(年 月 日) 接種場所()		