

予防短期入所利用料金 一覧表 《 個室ご利用 》 1割 2019年10月1日より適用
介護老人保健施設 藤崎苑

第4段階の方 (◎基準負担額) (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	588	*	1392	*	1668	*	3648	*
要支援2	731	*	1392	*	1668	*	3791	*

※食費…朝380円 昼500円 夕500円となります。

**第3段階の方 (◎世帯全員(本人を含む)が市町村民税非課税かつ年金収入
+合計所得金額が年額80万円超えの方)** (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	588	*	650	*	1310	*	2548	*
要支援2	731	*	650	*	1310	*	2691	*

※食費…朝380円 昼500円 夕500円となります。

**第2段階の方 (◎世帯全員(本人を含む)が市町村民税非課税かつ年金収入
+合計所得金額が年額80万円以下方)** (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	588	*	390	*	490	*	1468	*
要支援2	731	*	390	*	490	*	1611	*

※食費…朝380円 昼500円 夕500円となります。

第1段階の方 (◎世帯全員が市町村民税非課税かつ老齢福祉年金受給の方◎生活保護受給の方) (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	588	*	300	*	490	*	1378	*
要支援2	731	*	300	*	490	*	1521	*

予防短期入所利用料金 一覧表 《 多床室ご利用 》

1割 2019年10月1日より適用
介護老人保健施設 藤崎苑

第4段階の方 (◎基準負担額) (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	621	*	1,392	*	377	*	2,390	*
要支援2	778	*	1,392	*	377	*	2,547	*

※食費…朝380円 昼500円 夕500円となります。

第3段階の方 (◎世帯全員(本人を含む)が市町村民税非課税かつ年金収入
+合計所得金額が年額80万円超えの方) (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	621	*	650	*	370	*	1,641	*
要支援2	778	*	650	*	370	*	1,798	*

※食費…朝380円 昼500円 夕500円となります。

第2段階の方 (◎世帯全員(本人を含む)が市町村民税非課税かつ年金収入
+合計所得金額が年額80万円以下方) (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	621	*	390	*	370	*	1,381	*
要支援2	778	*	390	*	370	*	1,538	*

※食費…朝380円 昼500円 夕500円となります。

第1段階の方 (◎世帯全員が市町村民税非課税かつ老齢福祉年金受給の方 ◎生活保護受給の方) (円)

	①施設介護サービス費(基本サービス費)		②食費		③居住費		概算合計(①+②+③)	
	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (利用日数)	日額	月額 (31日)	日額	月額 (利用日数)
要支援1	621	*	300	*	0	*	921	*
要支援2	778	*	300	*	0	*	1,078	*

※食費…朝384円 昼504円 夕504円となります。

【加算等の料金】

予防短期入所

1割

ご利用者全ての皆様へのサービス

【特別な室料】

実施サービス内容	日額	月額
		(31日)
サービス提供加算 I イ	18	558
在宅復帰在宅療養支援加算 (I)	34	1,054
夜勤職員配置加算	24	744
処遇改善加算 I (所定単位数 × 厚生労働大臣告示率)		
特定処遇改善加算 I (所定単位数 × 厚生労働大臣告示率)		

(税別)

	各フロア	日額	月額(31日)	設え	貸出
	個室	R3F(4床)	1,500	46,500	洗面台・洋式トイレ
N2F(10床)		1,500	46,500	洗面化粧台	
R2F(4床)		1,000	31,000	洗面代	
※2人部屋	R3F(6床)	500	15,500		冷蔵庫
	R2F(6床)	500	15,500		貸出可

※ご利用者の状況により必要となるサービス

※多床室

実施サービス内容	日額	月額
		(31日)
個別リハビリテーション実施	243	
療養食	24	
認知症専門ケア加算	3	93
若年性認知症入所者受入	122	
認知症行動・心理症状緊急対応	203	
送迎	187	

1回につき
医師の指示に基づく療養食を提供 1食につき
認知症介護実践リーダー研修修了者数が基準を満たし、認知症ケアに関する留意事項の伝達・技術的指導を定期的に行った場合
若年性認知症利用者ごとに個別にサービスを提供した場合(1日につき/65歳誕生日の前々日まで)
認知症状により緊急に入所した場合(1日につき/7日を限度)
片道につき

【その他御利用時の実費料金】

立替金 理美容代	カット1000円～理美容業者が来苑。(税込)
文書料	入所費支払証明書 1700円～(税込)
教養娯楽費	実費(税別)
電気料金	1日・1品目当たり80円(税別)
予防接種等	実費
振込手数料・口座手数料	120円(コンビニ払い込み)/150円(口座引落)(税別)
エンゼルケア	10000円(死後の処置を行った場合)(税別)

◆クリーニングにつきましては、洗濯代行サービス業者との個別契約となります。