

短期入所生活介護（ショートステイ）コティコート北大阪 利用料金表

社会福祉法人 育福会

令和6年8月1日

(1) 介護保険の給付対象サービス

①併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護、併設型ユニット型短期入所生活介護費(1日あたり。本人負担は1割・2割・3割のいずれかに該当します)

1単位：10,88円(2級地)

要介護度	要支援1 (5.032単位)			要支援2 (10.531単位)			要介護1 (16.765単位)			要介護2 (19.705単位)			要介護3 (27.048単位)			要介護4 (30.938単位)			要介護5 (36.217単位)		
	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
介護費用	529	529	529	656	656	656	704	704	704	772	772	772	847	847	847	918	918	918	987	987	987
サービス提供体制加算 I	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
夜勤職員配置加算 II	-	-	-	-	-	-	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
看護体制加算 I	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
小計単位(日)	551	551	551	678	678	678	748	748	748	816	816	816	891	891	891	962	962	962	1,031	1,031	1,031
処遇改善加算 I	77	77	77	95	95	95	105	105	105	114	114	114	125	125	125	135	135	135	144	144	144
合計単位(日)	628	628	628	773	773	773	853	853	853	930	930	930	1,016	1,016	1,016	1,097	1,097	1,097	1,175	1,175	1,175
利用者負担額(円/日)	684	1,367	2,050	841	1,682	2,523	928	1,856	2,784	1,012	2,024	3,036	1,106	2,211	3,317	1,194	2,387	3,581	1,279	2,557	3,836
10割	6,832	6,832	6,832	8,410	8,410	8,410	9,280	9,280	9,280	10,118	10,118	10,118	11,054	11,054	11,054	11,935	11,935	11,935	12,784	12,784	12,784
9・8・7割	6,148	5,465	4,782	7,569	6,728	5,887	8,352	7,424	6,496	9,106	8,094	7,082	9,948	8,843	7,737	10,741	9,548	8,354	11,505	10,227	8,948

☆処遇改善加算 I = 所定単位数に14.0%を乗じた単位数。☆小数点の端数処理を行うため、若干の誤差が生じます。

★送迎加算=片道につき229円(1割)、457円(2割)、686円(3割) 追加となります。

②食費及び居住費

段階	対象者	食費	居住費	合計(1日)
第1段階	・ 老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税の方 ・ 生活保護受給者の方 かつ 本人の預貯金等の合計金額が1,000万円以下(配偶者がいる場合は夫婦の預貯金等の合計金額が2,000万円以下)の方	300	880	1,180
第2段階	世帯全員が市民税非課税で公的年金等収入額とその他の合計所得金額との合計額が年額80万円以下 かつ 本人の預貯金等の合計金額が650万円以下(配偶者がいる場合は夫婦の預貯金等の合計金額が1,650万円以下)の方	600	880	1,480
第3段階①	世帯全員が市民税非課税で公的年金等収入額とその他の合計所得金額との合計額が年額80万円超120万円以下 かつ 本人の預貯金等の合計金額が550万円以下(配偶者がいる場合は夫婦の預貯金等の合計金額が1,550万円以下)の方	1,000	1,370	2,370
第3段階②	世帯全員が市民税非課税で公的年金等収入額とその他の合計所得金額との合計額が年額120万円超 かつ 本人の預貯金等の合計金額が500万円以下(配偶者がいる場合は夫婦の預貯金等の合計金額が1,500万円以下)の方	1,300	1,370	2,670
第4段階	上記以外の方	1,445	3,010	4,455

※食費は喫食状況に応じてご請求させていただきます。

☆朝食：233円 昼食：627円 おやつ：166円 夕食：419円

(2)介護保険の給付対象とならず、ご利用の方のみご負担になるもの

理美容代	施術に応じた所定額 カット：2,200円
電気機器 使用料 (テレビ 等)	1品目 50円/日 (上限2品目 100円/日)
その他	医療費 薬剤費

$$((1)+(2)) \times \text{利用日数} + \text{★送迎加算} \times \text{回数} + (2) = \text{円/月}$$