

『(短期入所) 特別養護老人ホーム たいようの家』利用料金表

(令和8年5月)

① 保険給付サービス利用料金

(短期入所) 特別養護老人ホーム (ユニット型)

(1日あたり)

介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料金 (A)	5,379 円	6,671 円	7,159 円	7,851 円	8,613 円	9,336 円	10,037 円
介護保険 給付金額 (B)	4,841 円	6,003 円	6,443 円	7,065 円	7,751 円	8,402 円	9,033 円
入居者負担額 (A) - (B)	538円	668円	716円	786円	862円	934円	1,004円

※一定の収入のある方の入居者負担額は2割または3割(料金(A)に対して)となります。

介護保険負担割合証でご確認下さい。

上記以外に次の加算が算定されます。

(1日あたり、入居者負担額) ※一定の収入のある方の入居者負担額は2割または3割となります。介護保険負担割合証でご確認下さい。

夜勤職員配置加算(Ⅱ)	19円	夜勤帯に介護職員、看護職員を基準数以上配置した場合
送迎加算	188円	施設側で送迎した場合(片道)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23円	介護福祉士の資格を保有する職員や、一定期間以上の勤務年数を有する職員の雇用を一定数以上行った場合。
〃(Ⅱ)	19円	
〃(Ⅲ)	7円	

(1月あたり、入居者負担額) ※一定の収入のある方の入居者負担額は2割または3割となります。介護保険負担割合証でご確認下さい。

生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	102円	介護ロボットやICTなどのテクノロジーを活用したケアを実施し、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組をした場合に加算されます。
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	11円	介護ロボットやICTなどのテクノロジーを活用したケアを実施した場合に加算されます。

(その他状況に応じ加算が算定されます。)

短期生活長期利用者提供減算(要介護)	-30単位	31日以上連続して利用して短期入所生活介護を提供する場合
〃(要介護1)	670単位	61日以上連続して利用して短期入所生活介護を提供する場合
〃(要介護2)	740単位	〃
〃(要介護3)	815単位	〃
〃(要介護4)	886単位	〃
〃(要介護5)	955単位	〃
短期生活長期利用者提供減算(要支援1)	503単位	31日以上連続して利用して介護予防短期入所生活介護を提供する場合
〃(要支援2)	623単位	〃

介護職員処遇改善加算 I イ	16.3%	所定単位数の 16.3%を算定する
〃 I ロ	17.6%	所定単位数の 17.6%を算定する
〃 II イ	15.9%	所定単位数の 15.9%を算定する
〃 II ロ	17.2%	所定単位数の 17.2%を算定する
〃 III	13.6%	所定単位数の 13.6%を算定する
〃 IV	11.3%	所定単位数の 11.3%を算定する

※要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

償還払いとなる場合、保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

また、介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、利用者負担額を変更します。

②その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

居住費（一日あたり）	
負担軽減非該当者（通常料金）	2,200円
第1段階	880円
第2段階	880円
第3段階①	1,370円
第3段階②	1,470円
食費（一日あたり）	
負担軽減非該当者（通常料金）	400円（朝食）、720円（昼食、おやつ込み）、680円（夕食）
第1段階	300円
第2段階	600円
第3段階①	1,030円
第3段階②	1,360円
特別な食事	実費（ご希望により特別な食事を提供した場合）
理美容サービス	実費（出張による理髪、美容サービスをご利用いただいた場合）
日常生活品費	実費（日常生活品の購入代金等、入居者の日常生活に要する費用で、ご負担いただくことが適当であるものにかかる費用）
健康管理費	実費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）
教養娯楽費	実費（ご希望によるクラブ活動や行事における材料等、必要なものを提供する場合）
コピー代	10円（白黒）、40円（カラー）/1枚

令和8年6月1日からの介護職員処遇改善加算の変更、ならびに令和8年8月1日からの介護報酬改定に伴う食費に関わる料金改定内容を説明しました

令和 年 月 日

説明者 職種 氏名 印

私は本書面に基づいて令和8年6月1日からの介護職員処遇改善加算の変更、ならびに令和8年8月1日からの介護報酬改定に伴う食費に関わる料金改定内容説明を受け、その内容に同意しました。同意を証するため本書面を2通作成し1通を受領いたしました。

令和 年 月 日

入居者 住所 氏名 印

保証人 住所 氏名 印