

やすらぎの里ショートステイ 利用料金表

【多床室】

2026年4月1日より

要介護度	負担割合	所得負担階層	1カ月の利用料 *1ヶ月を30日として計算 介1は26日、介2は27日が保険利用可能
1	1割	1	27,742 円
		2	46,722 円
		3①	57,122 円
		3②	64,922 円
		4	81,302 円
	2割	4	101,270 円
	3割	4	121,212 円
2	1割	1	31,077 円
		2	50,787 円
		3①	61,587 円
		3②	69,687 円
		4	86,697 円
	2割	4	109,647 円
	3割	4	132,597 円
3	1割	1	37,140 円
		2	59,040 円
		3①	71,040 円
		3②	80,040 円
		4	98,940 円
	2割	4	127,080 円
	3割	4	155,250 円
4	1割	1	39,690 円
		2	61,590 円
		3①	73,590 円
		3②	82,590 円
		4	101,490 円
	2割	4	132,150 円
	3割	4	162,810 円
5	1割	1	42,180 円
		2	64,080 円
		3①	76,080 円
		3②	85,080 円
		4	103,980 円
	2割	4	137,130 円
	3割	4	170,280 円

(1日あたり)

介護保険一部負担	加算*	居住費	食費	1日の利用料	
603	35	0	300	1,067 円	
		430	600	1,797 円	
		430	1,000	2,197 円	
		430	1,300	2,497 円	
		915	1,445	3,127 円	
	1,206	70	915	1,445	3,895 円
	1,809	105	915	1,445	4,662 円
672	35	0	300	1,151 円	
		430	600	1,881 円	
		430	1,000	2,281 円	
		430	1,300	2,581 円	
		915	1,445	3,211 円	
	1,344	70	915	1,445	4,061 円
	2,016	105	915	1,445	4,911 円
745	35	0	300	1,238 円	
		430	600	1,968 円	
		430	1,000	2,368 円	
		430	1,300	2,668 円	
		915	1,445	3,298 円	
	1,490	70	915	1,445	4,236 円
	2,235	105	915	1,445	5,175 円
815	35	0	300	1,323 円	
		430	600	2,053 円	
		430	1,000	2,453 円	
		430	1,300	2,753 円	
		915	1,445	3,383 円	
	1,630	70	915	1,445	4,405 円
	2,445	105	915	1,445	5,427 円
884	35	0	300	1,406 円	
		430	600	2,136 円	
		430	1,000	2,536 円	
		430	1,300	2,836 円	
		915	1,445	3,466 円	
	1,768	70	915	1,445	4,571 円
	2,652	105	915	1,445	5,676 円

* 加算は、夜勤職員配置加算13、サービス提供体制強化加算 I 22を適用します。その他送迎184円

* 上記加算の他、介護保険一部負担金合計の140/1000が介護職員等処遇改善加算 I として算定されます。

* 地域区分割合5級地(10.55)が、1単位当たりの単価に適用されます。

* 居住費及び食費は、所得に応じた負担の上限額(負担第1~3)があり、『介護保険負担限度額認定証』の提示があれば上記のように負担軽減できます。(通常食費は、朝340円、昼600円、夜505円)

* サービス実施地域外の方の送迎は、1kmあたり50円いただきます。

【実費負担となるサービス利用料】

項目	金額	内容
行食事	食費+700円/回	ご希望により提供される特別な食事(食費に+)
買い物代行	500円/回	施設外の商店等で買い物を代行するサービス
理美容サービス	1,870円	理容師、美容師による出張サービス
電気製品使用料	30円/日~	個人的に使用する電気製品(テレビ・電気毛布・あんか等)
付き添い費用	5,000円/1回/人	ご希望により外泊・通院・入院等に職員が付き添う場合
栄養補助食品等	実費	ご希望により提供される栄養補助食品等
文書交付料	実費	文書送付に関する費用
クラブ活動費	実費	ご希望により行う創作活動等の材料費
歯科口腔ケア品	実費	ご希望により使用する保健衛生品(入れ歯洗浄剤、安定剤等)
日用品費	実費	ご希望により使用する日用品(保湿クリーム等)
立替金	実費	ご希望により購入する物品や薬代等の立替払い

* その他介護保険適用外サービスは、ご利用者様と協議の上決定します。