

ルビーセンター料金表（短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護）

令和6年4月1日～

※負担額の割合は「介護保険負担割合証」に基づきます。「介護保険負担割合証」をご提示ください。

1. 介護保険分（短期入所生活介護）

①基本料金

| 項目 | 単位 | 10割負担 (1単位=10.55円) | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 備考 |
|------|-----|-----------------------|------|--------|--------|-------|
| 要介護1 | 603 | 6,361円 | 637円 | 1,273円 | 1,909円 | 1日につき |
| 要介護2 | 672 | 7,089円 | 709円 | 1,418円 | 2,127円 | |
| 要介護3 | 745 | 7,859円 | 786円 | 1,572円 | 2,358円 | |
| 要介護4 | 815 | 8,598円 | 860円 | 1,720円 | 2,580円 | |
| 要介護5 | 884 | 9,326円 | 933円 | 1,866円 | 2,798円 | |

②加算料金

| 項目 | 単位 | 10割負担 (1単位=10.55円) | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 備考 |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------------|------|------|------|-------|
| 送迎加算 | 184 | 1,941円 | 195円 | 389円 | 583円 | 片道につき |
| 看護体制加算（Ⅰ） | 4 | 42円 | 5円 | 9円 | 13円 | 1日につき |
| 看護体制加算（Ⅱ） | 8 | 84円 | 9円 | 17円 | 26円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）注1 | 22 | 232円 | 24円 | 47円 | 70円 | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）注1 | 18 | 189円 | 19円 | 38円 | 57円 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 1,266円 | 127円 | 254円 | 380円 | |
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ） | 13 | 137円 | 14円 | 28円 | 42円 | |
| 緊急短期入所受入加算 | 90 | 949円 | 95円 | 190円 | 285円 | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | （介護報酬総単位数×8.3%×10.55円）の利用者負担割合相当額 | | | | | 1月につき |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | （介護報酬総単位数×2.7%×10.55円）の利用者負担割合相当額 | | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | （介護報酬総単位数×1.6%×10.55円）の利用者負担割合相当額 | | | | | |

※ 基本料金・加算料金の利用者負担額は、端数処理により実際の金額に差異が生じる場合があります。

注1 併設特養の空床利用に限り、サービス提供強化加算は（Ⅱ）が適用されます。

2. 介護保険分（介護予防短期入所生活介護）

①基本料金

| 項目 | 単位 | 10割負担 (1単位=10.55円) | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 備考 |
|------|-----|-----------------------|------|--------|--------|-------|
| 要支援1 | 451 | 4,758円 | 476円 | 952円 | 1,428円 | 1日につき |
| 要支援2 | 561 | 5,918円 | 592円 | 1,184円 | 1,776円 | |

②加算料金

| 項目 | 単位 | 10割負担 (1単位=10.55円) | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | 備考 |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------------|------|------|------|-------|
| 送迎加算 | 184 | 1,941円 | 195円 | 389円 | 583円 | 片道につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)注1 | 22 | 232円 | 24円 | 47円 | 70円 | 1日につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)注1 | 18 | 189円 | 19円 | 38円 | 57円 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 1,266円 | 127円 | 254円 | 380円 | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | (介護報酬総単位数×8.3%×10.55円)の利用者負担割合相当額 | | | | | 1月につき |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | (介護報酬総単位数×2.7%×10.55円)の利用者負担割合相当額 | | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (介護報酬総単位数×1.6%×10.55円)の利用者負担割合相当額 | | | | | |

※ 基本料金・加算料金の利用者負担額は、端数処理により実際の金額に差異が生じる場合があります。

注1 併設特養の空床利用に限り、サービス提供強化加算は(Ⅱ)が適用されます。

3. その他の費用(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 共通)

| 項目 | 料金 | 備考 | |
|-------|------|---|----------|
| 食費 | 朝食 | 480円 | |
| | 昼食 | 690円 | 1食あたりの費用 |
| | 夕食 | 630円 | |
| | おやつ | 100円 | 1回あたりの費用 |
| 滞在費 | 970円 | 1日あたりの光熱水道費と室料 | |
| 理美容費 | 実費 | 希望により提供した場合 | |
| 特別な行事 | 実費 | ・希望により提供した場合 ・表で定められた内容以外のサービス提供を受けた場合 | |

※ キャンセル料

・利用日前日の17:30までにご連絡いただいた場合: 無料

・上記期日を過ぎてご連絡の場合: 1,500円(ただし、ご利用者の体調不良等は除きます)

※ 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、食費及び滞在費について、一日あたりの負担限度額が適用されます。

適用年月日の同月内にご提示がない場合は、原則として負担限度額は適用されません。

【説明確認欄】

本書面により利用負担金を説明し、同意のもと交付しました。

(事業所) 事業所名

ルビーセンター

説明者

本書面により利用負担金の説明を受け、同意のもと交付されました。

令和 年 月 日

(利用者) 氏名

(代理人または立会人) 氏名