

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)内訳表(1割負担)  
 社会福祉法人かなえ福祉会  
**短期入所施設(ショートステイ) すないの家春日井**  
 (併設型ユニット型短期入所生活介護費)

令和5年4月1日現在

要介護度別		第4段階(基準) (市民税課税世帯)	第3段階② (市民税非課税世帯であり 年金収入が120万超の方)	第3段階① (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円超~120万円以下の方)	第2段階 (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円以下の方)	第1段階 (生活保護・老齢福祉年金 受給者の方)
項目		日額	日額	日額	日額	日額
要介護1	介護 ※一割負担額 (単位数:696)	807	807	807	807	807
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	4,952	3,417	3,117	2,227	1,927

項目		日額	日額	日額	日額	日額
要介護2	介護 ※一割負担額 (単位数:764)	886	886	886	886	886
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	5,031	3,496	3,196	2,306	2,006

項目		日額	日額	日額	日額	日額
要介護3	介護 ※一部負担額 (単位数:838)	972	972	972	972	972
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	5,117	3,582	3,282	2,392	2,092

項目		日額	日額	日額	日額	日額
要介護4	介護 ※一部負担額 (単位数:908)	1,053	1,053	1,053	1,053	1,053
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	5,198	3,663	3,363	2,473	2,173

項目		日額	日額	日額	日額	日額
要介護5	介護 ※一部負担額 (単位数:976)	1,132	1,132	1,132	1,132	1,132
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	5,277	3,742	3,442	2,552	2,252

注) 介護保険日額には処遇改善加算(I)、単位数の1,000分の83(8.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には特定処遇改善加算(II)、単位数の1,000分の23(2.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額にはベースアップ等支援加算、単位数の1,000分の16(1.6%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には春日井市の地域区分(6級地:10.33円)が含まれております。

第4段階(基準)の方は食費1日当たり 1,445円になります。

第4段階(基準)の方は居住費1日当たり 2,700円になります。

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)内訳表(2割負担)(3割負担)  
 社会福祉法人かなえ福祉会  
**短期入所施設(ショートステイ) すないの家春日井**  
 (併設型ユニット型短期入所生活介護費)

令和5年4月1日現在

要介護度別		介護保険負担 割合2割	介護保険負担 割合3割
<b>要介護1</b>	項目	日額	日額
	介護 ※一割負担額 (単位数:696)	1,614	2,421
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>5,759</b>	<b>6,566</b>

<b>要介護2</b>	項目	日額	日額
	介護 ※一割負担額 (単位数:764)	1,771	2,656
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>5,916</b>	<b>6,801</b>

<b>要介護3</b>	項目	日額	日額
	介護 ※一部負担額 (単位数:838)	1,943	2,914
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>6,088</b>	<b>7,059</b>

<b>要介護4</b>	項目	日額	日額
	介護 ※一部負担額 (単位数:908)	2,106	3,159
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>6,251</b>	<b>7,304</b>

<b>要介護5</b>	項目	日額	日額
	介護 ※一部負担額 (単位数:976)	2,263	3,394
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>6,408</b>	<b>7,539</b>

注) 介護保険日額には処遇改善加算(I)、単位数の1,000分の83(8.3%)に相当する単位数が含まれております。  
 介護保険日額には特定処遇改善加算(II)、単位数の1,000分の23(2.3%)に相当する単位数が含まれております。  
 介護保険日額にはベースアップ等支援加算、単位数の1,000分の16(1.6%)に相当する単位数が含まれております。  
 介護保険日額には春日井市の地域区分(6級地:10.33円)が含まれております。

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)内訳表  
 社会福祉法人かなえ福祉会  
**短期入所施設(ショートステイ) すないの家春日井**  
 (併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費)

令和5年4月1日現在

(1割負担)

要介護度別		第4段階(基準) (市民税課税世帯)	第3段階② (市民税非課税世帯であり 年金収入が120万超の方)	第3段階① (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円超~120万円以下の方)	第2段階 (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円以下の方)	第1段階 (生活保護・老齢福祉年金 受給者の方)
項目		日額	日額	日額	日額	日額
要 支 援 1	介護 ※一割負担額 (単位数:523)	607	607	607	607	607
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	4,752	3,217	2,917	2,027	1,727

項目		日額	日額	日額	日額	日額
要 支 援 2	介護 ※一割負担額 (単位数:649)	753	753	753	753	753
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	4,898	3,363	3,063	2,173	1,873

(2割負担)(3割負担)

項目		2割負担	3割負担
要 支 援 1	介護 ※一割負担額 (単位数:523)	1,213	1,820
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
	自己負担額合計	5,358	5,965

項目		2割負担	3割負担
要 支 援 2	介護 ※一割負担額 (単位数:649)	1,505	2,257
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
	自己負担額合計	5,650	6,402

注) 介護保険日額には処遇改善加算(I)、単位数の1,000分の83(8.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には特定処遇改善加算(II)、単位数の1,000分の23(2.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額にはベースアップ等支援加算、単位数の1,000分の16(1.6%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には春日井市の地域区分(6級地:10.33円)が含まれております。

第4段階(基準)の方は食費1日当たり 1,445円になります。

第4段階(基準)の方は居室費1日当たり 2,700円になります。

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)加算  
社会福祉法人かなえ福祉会  
短期入所施設(ショートステイ) すないの家春日井  
(併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費)

令和5年4月1日現在

介護保険	項目		単位	負担額(1割負担)	負担額(2割負担)	負担額(3割負担)
	<input type="checkbox"/>	送迎加算※1		184/回	213/片道	426/片道
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算(Ⅱ)※2		18/日	21/日	42/日	63/日

注) 介護保険負担額には処遇改善加算(Ⅰ)単位数の1,000分の83(8.3%)、特定処遇改善加算(Ⅱ)単位数の1,000分の23(2.3%)、ベースアップ等支援加算単位数の1,000分の16(1.6%)、地域区分(6級地:10.33円)に相当する単位数が含まれております。

※1 自宅⇄施設への送迎が必要な場合に片道につき算定される加算です。

※2 夜勤時間帯に人員基準+1名以上の介護・看護職員を配置していること。(介護予防は算定対象外)

その他

諸費用	おやつ費	50円/日
	光熱費	300円/日
	リネン費	50円/日
	理美容費	毎月1回程度、希望者のみ実費
	娯楽費	レクリエーション、新聞、雑誌など(希望者のみ実費)
	往診診察費(内科、歯科)	往診にてかかった医療費(ロングショートの方のみ)
	お薬代	処方した薬代(ロングショートの方のみ)

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)内訳表(1割負担)  
 社会福祉法人かなえ福祉会  
 短期入所施設(ショートステイ) すないの家尾張旭  
 (併設型ユニット型短期入所生活介護費Ⅰ)

令和5年4月1日現在

要介護度別		第4段階(基準) (市民税課税世帯)	第3段階② (市民税非課税世帯であり 年金収入が120万超の方)	第3段階① (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円超~120万円以下の方)	第2段階 (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円以下の方)	第1段階 (生活保護・老齢福祉年金 受給者の方)	
項目		日額	日額	日額	日額	日額	
要介護1	介護 ※一割負担額 (単位数:696)	795	795	795	795	795	
	実費	食費	1,445	1,300	1,000	600	300
		居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計		4,940	3,405	3,105	2,215	1,915

項目		日額	日額	日額	日額	日額	
要介護2	介護 ※一割負担額 (単位数:764)	872	872	872	872	872	
	実費	食費	1,445	1,300	1,000	600	300
		居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計		5,017	3,482	3,182	2,292	1,992

項目		日額	日額	日額	日額	日額	
要介護3	介護 ※一部負担額 (単位数:838)	956	956	956	956	956	
	実費	食費	1,445	1,300	1,000	600	300
		居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計		5,101	3,566	3,266	2,376	2,076

項目		日額	日額	日額	日額	日額	
要介護4	介護 ※一部負担額 (単位数:908)	1,037	1,037	1,037	1,037	1,037	
	実費	食費	1,445	1,300	1,000	600	300
		居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計		5,182	3,647	3,347	2,457	2,157

項目		日額	日額	日額	日額	日額	
要介護5	介護 ※一部負担額 (単位数:976)	1,114	1,114	1,114	1,114	1,114	
	実費	食費	1,445	1,300	1,000	600	300
		居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計		5,259	3,724	3,424	2,534	2,234

注) 介護保険日額には処遇改善加算(Ⅰ)、単位数の1,000分の83(8.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には特定処遇改善加算(Ⅱ)、単位数の1,000分の23(2.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額にはベースアップ等支援加算、単位数の1,000分の16(1.6%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には尾張旭市の地域区分(7級地:10.17円)が含まれております。

第4段階(基準)の方は食費1日当たり 1,445円になります。

第4段階(基準)の方は居室費1日当たり 2,700円になります。

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)内訳表(2割負担)(3割負担)  
 社会福祉法人かなえ福祉会  
**短期入所施設(ショートステイ) すないの家尾張旭**  
 (併設型ユニット型短期入所生活介護費 I)

令和5年4月1日現在

要介護度別		介護保険負担 割合2割	介護保険負担 割合3割	
<b>要介護1</b>	項目	日額	日額	
	介護 ※一割負担額 (単位数:696)	1,589	2,383	
	実費	食費	1,445	1,445
		居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>5,734</b>	<b>6,528</b>	

<b>要介護2</b>	項目	日額	日額	
	介護 ※一割負担額 (単位数:764)	1,744	2,615	
	実費	食費	1,445	1,445
		居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>5,889</b>	<b>6,760</b>	

<b>要介護3</b>	項目	日額	日額	
	介護 ※一部負担額 (単位数:838)	1,912	2,868	
	実費	食費	1,445	1,445
		居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>6,057</b>	<b>7,013</b>	

<b>要介護4</b>	項目	日額	日額	
	介護 ※一部負担額 (単位数:908)	2,073	3,110	
	実費	食費	1,445	1,445
		居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>6,218</b>	<b>7,255</b>	

<b>要介護5</b>	項目	日額	日額	
	介護 ※一部負担額 (単位数:976)	2,228	3,342	
	実費	食費	1,445	1,445
		居室費	2,700	2,700
自己負担額合計		<b>6,373</b>	<b>7,487</b>	

注) 介護保険日額には処遇改善加算(I)、単位数の1,000分の83(8.3%)に相当する単位数が含まれております。  
 介護保険日額には特定処遇改善加算(II)、単位数の1,000分の23(2.3%)に相当する単位数が含まれております。  
 介護保険日額にはベースアップ等支援加算、単位数の1,000分の16(1.6%)に相当する単位数が含まれております。  
 介護保険日額には尾張旭市の地域区分(6級地:10.33円)が含まれております。

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)内訳表  
 社会福祉法人かなえ福祉会  
**短期入所施設(ショートステイ) すないの家尾張旭**  
 (併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費)

令和5年4月1日現在

(1割負担)

要介護度別		第4段階(基準) (市民税課税世帯)	第3段階② (市民税非課税世帯であり 年金収入が120万超の方)	第3段階① (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円超~120万円以下の方)	第2段階 (市民税非課税世帯であり 年金収入が80万円以下の方)	第1段階 (生活保護・老齢福祉年金 受給者の方)
項目		日額	日額	日額	日額	日額
要 支 援 1	介護 ※一割負担額 (単位数:523)	597	597	597	597	597
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	4,742	3,207	2,907	2,017	1,717

項目		日額	日額	日額	日額	日額
要 支 援 2	介護 ※一割負担額 (単位数:649)	741	741	741	741	741
	実費 食費	1,445	1,300	1,000	600	300
	居室費	2,700	1,310	1,310	820	820
	自己負担額合計	4,886	3,351	3,051	2,161	1,861

(2割負担)(3割負担)

項目		2割負担	3割負担
要 支 援 1	介護 ※一割負担額 (単位数:523)	1,194	1,791
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
	自己負担額合計	5,339	5,936

項目		2割負担	3割負担
要 支 援 2	介護 ※一割負担額 (単位数:649)	1,481	2,222
	実費 食費	1,445	1,445
	居室費	2,700	2,700
	自己負担額合計	5,626	6,367

注) 介護保険日額には処遇改善加算(I)、単位数の1,000分の83(8.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には特定処遇改善加算(II)、単位数の1,000分の23(2.3%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額にはベースアップ等支援加算、単位数の1,000分の16(1.6%)に相当する単位数が含まれております。

介護保険日額には尾張旭市の地域区分(7級地:10.17円)が含まれております。

第4段階(基準)の方は食費1日当たり 1,445円になります。

第4段階(基準)の方は居室費1日当たり 2,700円になります。

介護報酬費利用者負担額(ユニット型)加算  
社会福祉法人かなえ福祉会  
短期入所施設(ショートステイ) すないの家尾張旭  
(併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費)

令和5年4月1日現在

介護 保 険	項目		単位	負担額(1割負担)	負担額(2割負担)	負担額(3割負担)
	<input type="checkbox"/>	送迎加算※1		184/回	210/片道	419/片道
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算(Ⅱ)※2		18/日	21/日	41/日	62/日

注) 介護保険負担額には処遇改善加算(Ⅰ)単位数の1,000分の83(8.3%)、特定処遇改善加算(Ⅱ)単位数の1,000分の23(2.3%)、ベースアップ等支援加算単位数の1,000分の16(1.6%)、地域区分(7級地:10.17円)に相当する単位数が含まれております。

※1 自宅⇄施設への送迎が必要な場合に片道につき算定される加算です。

※2 夜勤時間帯に人員基準+1名以上の介護・看護職員を配置していること。(介護予防は算定対象外)

その他

諸 費 用	おやつ費	50円/日
	光熱費	300円/日
	リネン費	50円/日
	理美容費	毎月1回程度、希望者のみ実費
	娯楽費	レクリエーション、新聞、雑誌など(希望者のみ実費)
	往診診察費(内科、歯科)	往診にてかかった医療費(ロングショートの方のみ)
	お薬代	処方した薬代(ロングショートの方のみ)