

ショートステイ楽生園（介護予防短期入所） 利用料金表

(令和3年8月現在)

(単位：円)

		要支援1	要支援2
介護サービス費	自己負担額 ① (1割負担)	523	649
介護サービス費	自己負担額 ① (2割負担)	1,046	1,298
介護サービス費	自己負担額 ① (3割負担)	1,569	1,947
食費②	利用者負担 第1段階		300
	利用者負担 第2段階		600
	利用者負担 第3段階 ①		1,000
	利用者負担 第3段階 ②		1,300
	4段階または上記以外の方		1,445
居住費③	利用者負担 第1段階		820
	利用者負担 第2段階		820
	利用者負担 第3段階 ①②		1,310
	4段階または上記以外の方		2,100
ご負担額 (1日) ①+②+③	利用者負担 第1段階	1,643	1,769
	利用者負担 第2段階	1,943	2,069
	利用者負担 第3段階 ①	2,833	2,959
	利用者負担 第3段階 ②	3,133	3,259
	4段階または上記以外の方	4,068	4,194
	介護サービス費 2割負担の方	4,591	4,843
	介護サービス費 3割負担の方	5,114	5,492

※31日以上連続してご利用を希望される場合は、別途ご相談ください。

※上記の他、当施設の体制やご利用者様の心身の状況に応じて介護保険から給付がある加算料金の負担がございます。

※介護保険負担割合証及び介護保険負担限度額認定証に記載の負担割合等により、利用料が異なります。各認定証をご確認ください。

介護保険負担割合証	
交付年月日 年 月 日	
被 保 者	番 号
	住 所
	フリガナ
	氏 名
生年月日	年 月 日 性別
利用者負担の割合	適用期間
	割 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
	割 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 年 月 日	
被 保 者	番 号
	住 所
	フリガナ
	氏 名
生年月日	明・大・昭 年 月 日 男・女
適用年月日	年 月 日 から
有効期限	年 月 日 まで
居住費又は滞在費の負担限度額	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

詳細については、下記にお問い合わせください。

社会福祉法人 楽生会
ショートステイ 楽生園
〒070-0031 旭川市1条通12丁目177番2
TEL 0166-27-0020
FAX 0166-27-0033
E-mail : rakuseien@clock.ocn.ne.jp