

ショートステイ楽生園（短期入所） 利用料金表

(令和3年8月現在)

(単位：円)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	自己負担額（1割） ①	696	764	838	908	976
介護サービス費	自己負担額（2割） ①	1,392	1,528	1,676	1,816	1,952
介護サービス費	自己負担額（3割） ①	2,088	2,292	2,514	2,724	2,928
食 事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	1,816	1,884	1,958	2,028	2,096
	利用者負担 第2段階	2,116	2,184	2,258	2,328	2,396
	利用者負担 第3段階 ①	3,006	3,074	3,148	3,218	3,286
	利用者負担 第3段階 ②	3,306	3,374	3,448	3,518	3,586
	4段階または上記以外の方	4,241	4,309	4,383	4,453	4,521
	介護サービス費2割負担の方	4,937	5,073	5,221	5,361	5,497
	介護サービス費3割負担の方	5,633	5,837	6,059	6,269	6,473

※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	
番 号	
被 住 所	
保 険 者 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	
番 号	
被 住 所	
保 険 者 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
実費の負担限度額	
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。

<p style="text-align: center;">社会福祉法人 楽生会</p> <p style="text-align: center;">ショートステイ 楽生園</p> <p style="text-align: center;">〒070-0031 旭川市1条通12丁目177番2</p> <p style="text-align: center;">TEL 0166-27-0020</p> <p style="text-align: center;">FAX 0166-27-0033</p> <p style="text-align: center;">E-mail : rakuseien@clock.ocn.ne.jp</p>
