

短期入所生活介護サービス（ショートステイ）
 介護予防短期入所生活介護サービス
 契 約 書 別 紙

1. 事業所の概要

(1) 施設の名称、所在地等

事業所番号	1 3 7 0 6 0 4 6 2 9
事業所名	東京都台東区立特別養護老人ホーム台東
管理者名	中 村 和 実
所在地	台東区台東一丁目25番5号
電話番号	03-3834-4435
定 員	10床
職員配置	3：1以上
送迎エリア	台東区内（原則）

(2) 施設の設備等の概要

1) 施設の概要

事業所名	東京都台東区立特別養護老人ホーム台東	
敷地面積	3, 858.16㎡	
建 物	構 造	鉄筋コンクリート地下 2階地上14階・塔屋1階
	延床面積	21, 236.85㎡（併設の短期入所、デイを含む）
	専用面積	5, 906.48㎡（特別養護老人ホーム）

2) 居室について

事業所名	東京都台東区立特別養護老人ホーム台東	
居室の種類	部屋数	1人あたり面積
1人部屋	従来型個室 6室	18.0㎡～19.9㎡
2人部屋	多床室 2室	35.9㎡～38.9㎡

3) 主な設備について

設備の種類	数	面 積	特 色
食 堂	1か所	133.49㎡	
機能訓練室	1か所	130.94㎡	デイサービスと共用
一般浴室	1か所	41.96㎡	リフト2台
機械浴室	1か所	80.51㎡	特殊浴槽2台

医 務 室	1 室	32.0 m ²	
厨 房	1 か所	93.61 m ²	
理 美 容 室	1 室		
集 会 室	1 室	29.15 m ²	

2. 利用料金

(1) 基本料金 (利用料) お支払いいただく料金は下記のとおりです。

1) 併設型短期入所生活介護費 (I) 従来型個室

要介護度	1日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの 自己負担金		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	6,693円	670円	1,339円	2,008円
要介護2	7,459円	746円	1,492円	2,238円
要介護3	8,269円	827円	1,654円	2,481円
要介護4	9,046円	905円	1,810円	2,714円
要介護5	9,812円	982円	1,963円	2,944円

2) 併設型短期入所生活介護費 (II) 多床室

要介護度	1日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの 自己負担金		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	6,693円	670円	1,339円	2,008円
要介護2	7,459円	746円	1,492円	2,238円
要介護3	8,269円	827円	1,654円	2,481円
要介護4	9,046円	905円	1,810円	2,714円
要介護5	9,812円	982円	1,963円	2,944円

(2) 介護予防 (利用料)

1) 併設型介護予防短期入所生活介護費 (I) 従来型個室

要介護度	1日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの 自己負担金		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	4,950円	495円	990円	1,485円
要支援2	6,160円	616円	1,232円	1,848円

2) 併設型介護予防短期入所生活介護費 (Ⅱ) 多床室

要介護度	1日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1日あたりの 自己負担金		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	4,950円	495円	990円	1,485円
要支援2	6,160円	616円	1,232円	1,848円

*多床室とは、2人部屋、4人部屋など相部屋のことをいいます。

*端数処理のため、多少金額が変動します。

(3) 加算料金 (□にレ点のついているもの)

加算内容		1日当りの利用 料	1日当りの自己負担			備考
			1割負担	2割負担	3割負担	
<input checked="" type="checkbox"/>	送迎加算 (片道)	2,042	205	410	613	
<input type="checkbox"/>	口腔連携強化加算	555	56	111	167	1回につき
<input type="checkbox"/>	療養食加算	88	9	18	27	1回当たり 1日3 回を限度
<input type="checkbox"/>	認知症行動・心理症状 緊急対応加算	2,220	222	444	666	7日を限度とする
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	33	4	7	10	
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	44	5	9	14	
<input type="checkbox"/>	生産性向上推進体制 加算 (Ⅰ)	1,110	111	222	333	1か月当たり
<input type="checkbox"/>	生産性向上推進体制 加算 (Ⅱ)	111	12	23	34	
<input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症利用者 受入加算	1,332	134	268	400	認知症行動・心理 症状緊急対応加算 算定時は算定しな い
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加 算 (Ⅰ)	1,110	111	222	333	1か月当たり い ずれか1つのみ 算定可能
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加 算 (Ⅱ)	2,220	222	444	666	
<input type="checkbox"/>	機能訓練体制加算	133	14	28	40	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算	621	63	126	187	
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算 (Ⅰ)	44	5	10	14	
<input type="checkbox"/>	看護体制加算 (Ⅱ)	88	9	18	27	
<input type="checkbox"/>	看護体制加算 (Ⅲイ)	133	14	27	40	

<input type="checkbox"/>	看護体制加算 (IVイ)	255	26	51	77	
<input type="checkbox"/>	在宅中重度受入加算	4,673	468	936	1,402	看護体制 (I) または (IIIイ) を算定している場合
<input type="checkbox"/>		4,628	463	926	1,389	看護体制 (II) または (IVイ) を算定している場合
<input type="checkbox"/>		4,584	459	918	1,376	看護体制 (I) (II) または (IIIイ) (IVイ) を算定している場合
<input type="checkbox"/>		4,717	472	944	1,416	看護体制を算定していない場合
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算 (I)	144	15	30	44	
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算 (III)	166	17	34	50	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (I)	244	25	49	74	いずれか1つのみ算定可能
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (II)	199	20	40	60	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算 (III)	66	7	14	20	
<input checked="" type="checkbox"/>	緊急短期入所受入加算	999	100	200	300	7日を限度とする
<input type="checkbox"/>	医療連携強化加算	643	65	130	193	
<input type="checkbox"/>	看取り連携強化加算	710	71	142	213	
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (I)	上記より算定した単位数の 1000 分の 140 に相当する単位数				1か月当たり いずれか1つのみ算定可能 令和7年4月1日から
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (II)	上記より算定した単位数の 1000 分の 136 に相当する単位数				
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算 (III)	上記より算定した単位数の 1000 分の 113 に相当する単位数				
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算 (IV)	上記より算定した単位数の 1000 分の 90 に相当する単位数				
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算 (V) (1)~(14)	上記より算定した単位数の 1000 分の 124 から 1000 分の 47 に相当する単位数				

※介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算での自己負担金は、上記計算式での金額の1割(2割、3割)相当額の負担です。

※施設の職員体制や取り組みなどによって変動します。

※施設の職員体制や取り組みなどによってお支払い頂く料金です。

※端数処理のため、多少金額が変動します。

※償還払いの場合には、一旦、介護報酬額全額をお支払い頂き、その後、領収書を添付して保険者に請求されますと、規定の還付が得られます。

※介護サービスを利用した際の利用者負担は「介護保険負担割合証」に記載された割合が適用されます。

(4) 加算料金 (介護予防) (□にレ点のついているもの)

加算項目	1日あたりの利 用料金 (介護報酬額)	1日あたりの 自己負担金		
		(1割)	(2割)	(3割)
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 (I)	1, 110	111	222	333
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 (II)	2, 220	222	444	666
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 (II) (個別機能訓練加算算定の場合)	1, 100	111	222	333
<input checked="" type="checkbox"/> 機能訓練体制加算	133	14	28	40
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算	621	63	125	187
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日限度)	2,220	222	444	666
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	1,332	134	268	400
<input checked="" type="checkbox"/> 送迎加算 (片道)	2,042	205	410	613
<input type="checkbox"/> 療養食加算 (1回につき 1日に3回を限度)	88	9	18	27
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(I)	33	4	7	10
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算(II)	44	5	9	14
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (I)	244	25	49	74
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (II)	199	20	40	60
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (III)	66	7	14	20

※介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算での自己負担金は、上記計算式での金額の1割(2割、3割)相当額の負担です。

※施設の職員体制や取り組みなどによって変動します。

※端数処理のため、多少金額が変動します。

※償還払いの場合には、一旦、介護報酬額全額をお支払い頂き、その後、領収書を添付して保険者に請求されますと、規定の還付が得られます。

※介護サービスを利用した際の利用者負担は「介護保険負担割合証」に記載された割合が適用されます。

(5) 滞在費

居住費	一日あたりの自己負担額
従来型個室	1, 231円
多床室	915円

※但し、市区町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた利用者負担段階1～3段階の方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

(6) 食 費

1日につき	*朝食	345円	1,445円
	*昼食	680円	
	*夕食	420円	

※但し、市区町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた利用者負担段階1～3段階の方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

*食費は、入退所日を除く利用期間中は、1日あたり1,392円になります。

*おやつ、水分については、食費に含みます。

(7) 自己負担料金 (生活保護の方も実費が必要です)

行事参加費・日用品費・理美容費		実 費
特別な食事にかかる費用	おせち、バイキング等の食事の提供	実 費
送迎に関する 自己負担金	営業圏域外 実費ガソリン代相当/ 1kmあたり	20円

*上記負担金については介護保険制度の変更またはサービス提供内容の変更に伴い変更することがあります。

(8) キャンセル料金

1) 利用開始予定日以前のキャンセル

入所前に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所日の7日前までに連絡を頂いた場合	無 料
入所日の7日前までに連絡を頂かなかった場合	7日分を限度に1日あたり850円を頂きます

2) 利用中のキャンセル

入所中に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所中に連絡を頂いた場合	連絡を頂いた翌日から7日分を限度に1日当たり 850円を頂きます。
--------------	-----------------------------------

(9) 支払方法

事業所名	特別養護老人ホーム台東
口座振替	集金代行会社（リコーリース）
振込	指定金融機関
現金	上記のいずれの方法も取れない場合等、やむを得ない場合に 限ります。
料金請求指定日	翌月15日までに
料金支払指定日	翌月25日までに

3. 当法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 健修会	
代表者役職・氏名	理事長 白川 理香	
本部所在地	〒132-0023 東京都江戸川区西一之江四丁目9番24号	
電話番号	03-3655-5963	
定款の目的に 定めた事業	1. 第1種社会福祉事業 2. 第2種社会福祉事業 3. 公益事業 4. 収益事業	
施設・拠点等	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	4か所
	短期入居生活介護（ショートステイ）	3か所
	通所介護（デイサービス）	2か所
	認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）	3か所
	居宅介護支援（ケアマネージメントセンター）	2か所
	地域包括支援センター	4か所

（本契約書別紙に記載の内容は、今後、やむを得ない事情により、変更となること
があります。）

3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況 (いずれか一つ以上の開示です)	