

コスモス・ファミリー熊本短期入所生活介護 料金表《個室》

令和6年8月現在

	負担 限度額	基本単位	看護体制 加算(Ⅱ)	看護体制 加算(Ⅳ)	口腔連携 強化加算	介護職員等 処遇改善 加算(Ⅱ)	保険 金額計	食費 (朝・昼 おやつ・ 夕)	居住費	料金	
		/日	/日	/日	/月	/日	/日	/日	/日	(1日)	
要介護5	4(非該当)	884	8	23	50	131	1,096	1,530	1,231	3,857	
	3							②	1,300	880	3,276
								①	1,000	880	2,976
	2							600	480	2,176	
	1							300	380	1,776	
要介護4	4(非該当)	815	8	23	50	122	1,018	1,530	1,231	3,779	
	3							②	1,300	880	3,198
								①	1,000	880	2,898
	2							600	480	2,098	
	1							300	380	1,698	
要介護3	4(非該当)	745	8	23	50	112	938	1,530	1,231	3,699	
	3							②	1,300	880	3,118
								①	1,000	880	2,818
	2							600	480	2,018	
	1							300	380	1,618	
要介護2	4(非該当)	672	8	23	50	102	855	1,530	1,231	3,616	
	3							②	1,300	880	3,035
								①	1,000	880	2,735
	2							600	480	1,935	
	1							300	380	1,535	
要介護1	4(非該当)	603	8	23	50	93	777	1,530	1,231	3,538	
	3							②	1,300	880	2,957
								①	1,000	880	2,657
	2							600	480	1,857	
	1							300	380	1,457	
要支援2	4(非該当)	561	—	—	50	83	694	1,530	1,231	3,455	
	3							②	1,300	880	2,874
								①	1,000	880	2,574
	2							600	480	1,774	
	1							300	380	1,374	
要支援1	4(非該当)	451	—	—	50	68	569	1,530	1,231	3,330	
	3							②	1,300	880	2,749
								①	1,000	880	2,449
	2							600	480	1,649	
	1							300	380	1,249	

※散髪代、医療費、日用品費等は別料金となります。

※利用者様の心身の状態により別途加算が算定される場合がありますのでご了承下さい。

※負担割合証が2割の方につきましては保険内金額の料金が2倍となります。

※施設からの送迎をご希望される場合、片道につき184円となります。

コスモス・ファミリー熊本短期入所生活介護 料金表《多床室》

令和6年8月現在

	負担 限度額	基本単位	看護体制 加算(Ⅱ)	看護体制 加算(Ⅳ)	口腔連携 強化加算	介護職員等 処遇改善 加算(Ⅱ)	保険 金額計	食費 (朝・昼 おやつ・ 夕)	居住費	料金	
		/日	/日	/日	/月	/日	/日	/日	/日	(1日)	
要介護5	4(非該当)	884	8	23	50	131	1,096	1,530	915	3,541	
	3							②	1,300	430	2,826
								①	1,000	430	2,526
	2							600	430	2,126	
	1							300	0	1,396	
要介護4	4(非該当)	815	8	23	50	122	1,018	1,530	915	3,463	
	3							②	1,300	430	2,748
								①	1,000	430	2,448
	2							600	430	2,048	
	1							300	0	1,318	
要介護3	4(非該当)	745	8	23	50	112	938	1,530	915	3,383	
	3							②	1,300	430	2,668
								①	1,000	430	2,368
	2							600	430	1,968	
	1							300	0	1,238	
要介護2	4(非該当)	672	8	23	50	102	855	1,530	915	3,300	
	3							②	1,300	430	2,585
								①	1,000	430	2,285
	2							600	430	1,885	
	1							300	0	1,155	
要介護1	4(非該当)	603	8	23	50	93	777	1,530	915	3,222	
	3							②	1,300	430	2,507
								①	1,000	430	2,207
	2							600	430	1,807	
	1							300	0	1,077	
要支援2	4(非該当)	561	—	—	50	83	694	1,530	915	3,139	
	3							②	1,300	430	2,424
								①	1,000	430	2,124
	2							600	430	1,724	
	1							300	0	994	
要支援1	4(非該当)	451	—	—	50	68	569	1,530	915	3,014	
	3							②	1,300	430	2,299
								①	1,000	430	1,999
	2							600	430	1,599	
	1							300	0	869	

※散髪代、医療費、日用品費等は別料金となります。

※利用者様の心身の状態により別途加算が算定される場合がありますのでご了承下さい。

※負担割合証が2割の方につきましては保険内金額の料金が2倍となります。

※施設からの送迎をご希望される場合、片道につき184円となります。