

ショートステイ ご利用案内

<持ち物>

- ・衣類…普段着・下着・靴下・パジャマ
- ・内履き…リハビリシューズ（スリッパ・サンダルはご遠慮下さい）
- ・その他必要と思われる身の回り用品・男性は髭剃り（電池カミソリ等）
- ・眼鏡・補聴器・補装具・車いす・杖等
- ・使い慣れている箸・スプーン・フォーク（リハビリ用）

<お薬について>

- ・ショートステイご利用中の日数分だけお持ちください
（一回分ずつわかりやすい様にまとめておいてください）
- ・内服はじめ、軟膏・湿布・目薬の他、処置があれば処置に必要な一式をお持ちください
- ・お薬の説明書・お薬手帳もお持ちください
- ・酸素使用の方は移動用携帯ボンベをご持参ください

<関係書類>

- ・介護、健康保険証・介護、医療負担限度額認定証・かかりつけ病院の診察券

<移動時について>

- ・シルバーカー
- ・車いす
- ・杖

【注意点】

- ・ご持参いただく私物に関しては すべてお名前をご記入ください。
- ・現金・及び貴重品は事務室にてお預かりし、お帰りの時にはお返しいたします。

- ・ショートステイご利用中、体調が悪くなられた時は、ご家族へ連絡をいたします。
- ・その際、病院等へ受診される時はご家族対応をお願いしております。
- ・緊急時、日中、夜間等必ず連絡が取れるようお願いいたします。

特別養護老人ホーム アンミッコ

のショートステイご利用される方へ

お持ちいただくお薬についてのお願い

ご利用期間中の内服薬は 各服用時（朝・昼・夕・寝る前・臨時など）ごとに、一包化（一つの袋にまとめる）されて、お持ちいただくようお願いいたします。

薬局で処方される際にお申し出頂ければ、対応していただけます。

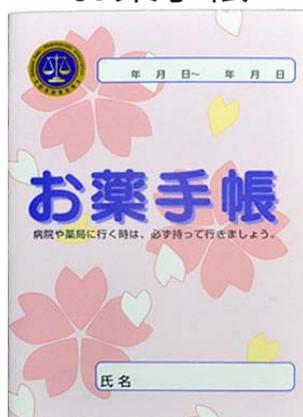
外用薬に関しては、管理の仕方や処方以外の使用法などもありますと思います
その都度ご職員へご連絡ください。

お薬手帳・薬剤情報提供書は必ずお持ちいただくようお願いいたします。

一包化された内服薬



お薬手帳



薬剤情報提供書



ショートステイアンミッコ 利用申込書

ショートステイアンミッコ 管理者 殿

申請者 氏名 _____ (印) 続柄(_____)

下記のとおり、ショートステイアンミッコを利用したく申し込みます。

ふりがな		記入日	令和 年 月 日
利用者 氏名	(男・女)	介護度	(申請中・区変中)
		認定日	平成・令和 年 月 日
住所	〒	介護認定の有効期間	
		平成・令和 年 月 日	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	令和 年 月 日	
負担限度額認定	第3段階・第2段階・無し (申請中)	負担割合	1割 ・ 2割

※ は 連 絡 の 優 先 順 位	氏名	(続柄 _____)		
	住所			
	TEL(自宅・他)	※		
	TEL(自宅・他)	※		
	氏名	(続柄 _____)		
	住所			
	TEL(自宅・他)	※		
	TEL(自宅・他)	※		

居宅介護支援事業所名			
電話番号/FAX番号	TEL :	(_____)	
	FAX :	(_____)	
担当ケアマネ/携帯番号	携帯 :	(_____)	

既往歴			
治療中の病気			
かかりつけ医	医療機関名	電話番号	担当医
備考			

施設利用料 送付先	〒	氏名	
--------------	---	----	--

ショートステイ アンミッコ

短期入所利用生活介護 介護予防短期入所生活介護

1. 基本料金表

～ユニット型個室～

令和1年10月1日

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
併設型ユニット型短期入所生活介護費	514	638	684	751	824	892	959
看護体制加算Ⅰ	—	—	4	4	4	4	4
夜勤職員配置加算Ⅱ	—	—	18	18	18	18	18
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	18	18	18	18	18	18
介護職員処遇改善加算Ⅰ	44	54	60	66	72	77	83
介護職員等特定処遇改善加算	16	19	21	23	25	27	29
単位合計/円 <small>(1割負担)</small>	611	754	832	909	993	1,071	1,148
食費負担額/円 ※1	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
居住費/円 ※1	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
日常生活費/円 ※2	258	258	258	258	258	258	258
日額/円	5,569	5,712	5,790	5,867	5,951	6,029	6,106

※食費・居住費に介護保険負担限度額認定を受けられた場合の日額利用料例

日額	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	1,989	2,132	2,210	2,287	2,371	2,449	2,526
第2段階	2,079	2,222	2,300	2,377	2,461	2,539	2,616
第3段階	2,829	2,972	3,050	3,127	3,211	3,289	3,366

2. 加算利用料（施設体制整備の届出及びお客様の状況・要望に応じて加算する利用料）

費目	金額	内容
個別機能訓練加算	56円/日	理学療法士等が多職種共同での個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を計画的に行う場合
看護体制加算Ⅰ	4円/日	常勤看護師を1名配置している場合
夜勤職員配置加算Ⅱ	18円/日	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、厚生労働大臣が定める基準に規定する場合
緊急短期入所受入加算	90円/日	状態や家族の事情により、介護支援専門員が緊急利用と認め、居宅サービス計画に位置付けられていない場合
送迎加算	184円/回	片道につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18円/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	利用単位数の1000分の83で計算 /日	介護職員の更なる資質向上の取組や、労働環境、雇用管理の改善の取組を進める事業所を対象に評価を行う加算

（介護保険負担割合1割の場合です、2・3割の場合は倍額・3倍額となります）

費目	金額	内容
理美容料	実費	理美容サービスを利用した場合
預り金管理サービス	100円/日	通帳の出納管理、年金等の申請代行及び小口現金の出納管理を行った場合
余暇活動費	実費	実費をご負担いただきます
診断書	3,240円/通	希望により診断書等の発行を行った場合
死亡診断書	5,400円/通	死亡診断書等の発行を行った場合
その他各種証明書等	実費	希望より各種証明書類の発行を行った場合
電気製品個別使用料	200円/月	テレビ・冷蔵庫（電気代として・個人で使用する持ち込みのもの）
	500円/月	テレビ貸出（1～10日未満のご利用の場合・電気代込）
	1,000円/月	テレビ貸出（10日以上のご利用の場合・電気代込）

※1. 食費負担額と居住費には、限度額認定制度により軽減措置があります。
 所得段階により負担額が変わります。
 （食費・居住費に介護保険負担限度額認定を受けられた場合の日額利用料例を参照してください。）

	第1段階	第2段階	第3段階
食費負担額	300円	390円	650円
居住費	820円	820円	1,310円

※2. 日用品費は、お客様が日常生活上必要とするもので当施設が提供した場合に徴収させていただきます。

日常生活品内容： 歯ブラシ・歯磨き粉・ハミグッド・入れ歯洗浄剤・入れ歯ケース
 ハンドクリーム・化粧水・保湿ローション・BOXティッシュ
 マグカップ・水のみ・綿棒、トイレットペーパー
 タオル（清拭、洗顔用等）、バスタオル、お手拭 など

*領収書は大切に保管ください。
 介護保険負担金は、高額介護サービス費と医療費控除の対象となります。