

ご利用料金表(個室・1割)

◎基本料金【介護保険自己負担、居住費(個室)、食費】1か月(31日)のご利用料金目安

(単位:円)

負担区分	介護度	施設サービス費	加算	居住費	食費	その他	1日分	31日分	高額サービス費適用後
第1段階	介護 1	704	19	490	300	770	2283	70773	61810
	介護 2	812					2391	74121	61810
	介護 3	1045					2624	81344	61810
	介護 4	1144					2673	82863	61810
	介護 5	1233					2812	87172	61810
第2段階	介護 1	704	19	490	390	770	2373	73563	64600
	介護 2	812					2481	76911	64600
	介護 3	1045					2714	84134	64600
	介護 4	1144					2813	87203	64600
	介護 5	1233					2902	89962	64600
第3段階①	介護 1	704	19	1310	650	770	3453	107043	105493
	介護 2	812					3561	110391	107680
	介護 3	1045					3794	117614	107680
	介護 4	1144					3893	120683	107680
	介護 5	1233					3982	123442	107680
第3段階②	介護 1	704	19	1310	1360	770	4163	129053	139593
	介護 2	812					4271	132401	132401
	介護 3	1045					4504	139624	150164
	介護 4	1144					4603	142693	153233
	介護 5	1233					4692	145452	155992
第4段階	介護 1	704	19	1668	1445	770	4606	142786	139593
	介護 2	812					4714	146134	146134
	介護 3	1045					4947	153357	150164
	介護 4	1144					5046	156426	153233
	介護 5	1233					5135	159185	155992

◎加算は、褥瘡6単位、感染症6単位、夜勤看護体制加算7単位、(サービス提供体制加算6単位)となります。

※被爆者健康手帳をお持ちの方は、施設サービス費と加算の自己負担額がかかりません。

※①居住費と②食費の負担区分は下記の内容によって市町村が認定します。

第1段階	生活保護受給者などの方(上限15000円)
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が80万円以下の方(上限15000円)
第3段階①	世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が80万円超、120万円以下の方(上限24600円)
第3段階②	世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が120万円以上の方(上限24600円)
第4段階	上記以外の方(上限44400円)

※負担区分の認定は、保険者の市町村への申請が必要となります。詳細は保険者の市町村にお尋ねください。

◎その他の加算【必要に応じた加算で、お一人お一人違いがあります。】

初期加算	30円/日	療養食加算	6円/食
自立支援促進加算	300円/月	初期入所診療管理加算	250円/日
外泊加算	362円/日	理学療法(Ⅱ)	73円/回
他科受診時費用	362円/日	摂食機能療法	208円/日
医学情報提供加算(Ⅰ)	220円/回	短期集中リハビリ	240円/日
医学情報提供加算(Ⅱ)	290円/回	理学療法・作業療法・言語聴覚	33円/月
長期療養生活移行加算	60円/日	安全対策体制加算	20円

◎その他費用

個室料	550円/日
レクレーション代	110円/日
おやつ代	110円/日 ※経口摂取できる方のみ
ハミングッド代	1650円/50本入り
理美容費	3000円/回
洗濯代	165円/回
健康管理費	インフルエンザ予防接種など
CSセット	委託のため、別契約となります。(500円/日)