

介護老人福祉施設利用料金表

特別養護老人ホーム成実園

介護サービス料自己負担1割の方

※当施設は4人部屋の多床室です。

※サービス利用者負担額は収入状況等に応じて1割～3割の負担となります。

(単位：円)

段階 ※①	介護度	★介護給付費サービス														★小計 サービス利用者負担額 (1割)	☆特定入所者介護サービス			☆小計	★+☆ 自己負担金 (月額) 30日分
		介護度別単位	施設サービス		日常生活加算Ⅰ		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ		個別機能訓練加算Ⅰ		個別機能訓練加算Ⅱ	生活機能訓練向上加算Ⅱ	褥瘡加算	科学的介護推進体制加算Ⅱ	介護職員等処遇改善加算(14.0%)		食事利用者負担額(月額)30日分	居住費利用者負担額(月額)30日分	事務代行立替サービス(月額)30日分		
			1日の単位	日数	月単位	1日の単位	月単位	1日の単位	月単位	1日の単位											
1	全て	生活保護	30日	15,000	36	12	12	12	12	20	100	3	50	3,351	15,000※②	9,000	0	9,000	18,000	33,000	
	3	732	30日	21,960	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,351	27,284	9,000	0	9,000	18,000	45,284
	4	802	30日	24,060	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,645	29,678	9,000	0	9,000	18,000	47,678
	5	871	30日	26,130	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,934	32,037	9,000	0	9,000	18,000	50,037
2	3	732	30日	21,960	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,351	27,284	11,700	12,900	9,000	33,600	60,884
	4	802	30日	24,060	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,645	29,678	11,700	12,900	9,000	33,600	63,278
	5	871	30日	26,130	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,934	32,037	11,700	12,900	9,000	33,600	65,637
3①	3	732	30日	21,960	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,351	27,284	19,500	12,900	9,000	41,400	68,684
	4	802	30日	24,060	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,645	29,678	19,500	12,900	9,000	41,400	71,078
	5	871	30日	26,130	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,934	32,037	19,500	12,900	9,000	41,400	73,437
3②	3	732	30日	21,960	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,351	27,284	40,800	12,900	9,000	62,700	89,984
	4	802	30日	24,060	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,645	29,678	40,800	12,900	9,000	62,700	92,378
	5	871	30日	26,130	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,934	32,037	40,800	12,900	9,000	62,700	94,737
4	3	732	30日	21,960	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,351	27,284	45,000	27,450	9,000	81,450	108,734
	4	802	30日	24,060	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,645	29,678	45,000	27,450	9,000	81,450	111,128
	5	871	30日	26,130	36	1,080	12	360	12	360	20	100	3	50	3,934	32,037	45,000	27,450	9,000	81,450	113,487

※①負担軽減を受けるには「介護保険負担限度額認定証」が必要になります。

※②「介護券」本人支払額により変動します。

詳しくは、市町村窓口にお問合せ下さい。

上記が基本料金となり、その他の介護給付加算(要相談)は裏面参照

【その他介護保険対象外料金】

理美容(カット)2,500円 医療費：実費 テレビレンタル：50円/1日 電気代(1点につき)：300円/1月 外出行事：実費

その他、通常メニュー以外に提供する食べ物、お菓子、クリーニング等、個人的な出費は自己負担でお願いいたします。