

要介護度	介護サービス費 3割負担額 (1ヶ月=30日)	利用者負担 限度額区分	食費(1ヶ月=30日計算)【日額】	居住費(1ヶ月=30日計算)【日額】	1ヶ月(30日)あたり 基本利用料	1日あたり 基本利用料
要介護1	75,999 円	第1段階	9,000 円/月【300円/日】	11,400 円/月【380円/日】	96,399 円/月	3,213 円/日
		第2段階	11,700 円/月【390円/日】	14,400 円/月【480円/日】	102,099 円/月	3,403 円/日
		第3段階①	20,400 円/月【680円/日】	26,400 円/月【880円/日】	122,799 円/月	4,093 円/日
		第3段階②	42,600 円/月【1,420円/日】	29,400 円/月【980円/日】	147,999 円/月	4,933 円/日
		第4段階	48,000 円/月【1,600円/日】	36,930 円/月【1,231円/日】	160,929 円/月	5,364 円/日
要介護2	83,911 円	第1段階	9,000 円/月【300円/日】	11,400 円/月【380円/日】	104,311 円/月	3,477 円/日
		第2段階	11,700 円/月【390円/日】	14,400 円/月【480円/日】	110,011 円/月	3,667 円/日
		第3段階①	20,400 円/月【680円/日】	26,400 円/月【880円/日】	130,711 円/月	4,357 円/日
		第3段階②	42,600 円/月【1,420円/日】	29,400 円/月【980円/日】	155,911 円/月	5,197 円/日
		第4段階	48,000 円/月【1,600円/日】	36,930 円/月【1,231円/日】	168,841 円/月	5,628 円/日
要介護3	92,163 円	第1段階	9,000 円/月【300円/日】	11,400 円/月【380円/日】	112,563 円/月	3,752 円/日
		第2段階	11,700 円/月【390円/日】	14,400 円/月【480円/日】	118,263 円/月	3,942 円/日
		第3段階①	20,400 円/月【680円/日】	26,400 円/月【880円/日】	138,963 円/月	4,632 円/日
		第3段階②	42,600 円/月【1,420円/日】	29,400 円/月【980円/日】	164,163 円/月	5,472 円/日
		第4段階	48,000 円/月【1,600円/日】	36,930 円/月【1,231円/日】	177,093 円/月	5,903 円/日
要介護4	100,076 円	第1段階	9,000 円/月【300円/日】	11,400 円/月【380円/日】	120,476 円/月	4,016 円/日
		第2段階	11,700 円/月【390円/日】	14,400 円/月【480円/日】	126,176 円/月	4,206 円/日
		第3段階①	20,400 円/月【680円/日】	26,400 円/月【880円/日】	146,876 円/月	4,896 円/日
		第3段階②	42,600 円/月【1,420円/日】	29,400 円/月【980円/日】	172,076 円/月	5,736 円/日
		第4段階	48,000 円/月【1,600円/日】	36,930 円/月【1,231円/日】	185,006 円/月	6,167 円/日
要介護5	107,875 円	第1段階	9,000 円/月【300円/日】	11,400 円/月【380円/日】	128,275 円/月	4,276 円/日
		第2段階	11,700 円/月【390円/日】	14,400 円/月【480円/日】	133,975 円/月	4,466 円/日
		第3段階①	20,400 円/月【680円/日】	26,400 円/月【880円/日】	154,675 円/月	5,156 円/日
		第3段階②	42,600 円/月【1,420円/日】	29,400 円/月【980円/日】	179,875 円/月	5,996 円/日
		第4段階	48,000 円/月【1,600円/日】	36,930 円/月【1,231円/日】	192,805 円/月	6,427 円/日

◎介護サービス費3割負担額算出表

要介護度	基本単位	個別機能訓練加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅱ	看護体制加算ⅠⅡ	夜勤職員配置加算Ⅰ	ADL維持等加算Ⅰ	日常生活継続支援加算Ⅰ	精神科医療養指導加算	科学的介護推進体制加算Ⅱ	協力医療機関連携加算Ⅰ	生産性向上推進体制加算Ⅱ	30日あたりの総単位数	介護職員等 処遇改善加算	介護サービス費 3割負担額
介護度1	589 単位/日	12 単位/日	20 単位/月	12 単位/日	13 単位/日	30 単位/月	36 単位/日	5 単位/日	50 単位/月	50 単位/月	10 単位/月	20,170 単位/月	3,550 単位/月	75,999 円
介護度2	659 単位/日	12 単位/日	20 単位/月	12 単位/日	13 単位/日	30 単位/月	36 単位/日	5 単位/日	50 単位/月	50 単位/月	10 単位/月	22,270 単位/月	3,920 単位/月	83,911 円
介護度3	732 単位/日	12 単位/日	20 単位/月	12 単位/日	13 単位/日	30 単位/月	36 単位/日	5 単位/日	50 単位/月	50 単位/月	10 単位/月	24,460 単位/月	4,305 単位/月	92,163 円
介護度4	802 単位/日	12 単位/日	20 単位/月	12 単位/日	13 単位/日	30 単位/月	36 単位/日	5 単位/日	50 単位/月	50 単位/月	10 単位/月	26,560 単位/月	4,675 単位/月	100,076 円
介護度5	871 単位/日	12 単位/日	20 単位/月	12 単位/日	13 単位/日	30 単位/月	36 単位/日	5 単位/日	50 単位/月	50 単位/月	10 単位/月	28,630 単位/月	5,039 単位/月	107,875 円

- ①看護体制加算には、看護体制加算Ⅰ(4単位/日)と看護体制加算Ⅱ(8単位/日)が含まれております。
- ②介護職員等処遇改善加算は、総単位数×17.6%/月となります。
- ③上記の介護サービス費3割負担額算出表は、個別機能訓練加算Ⅰ、個別機能訓練加算Ⅱ、看護体制加算①、夜勤職員配置加算Ⅰ、ADL維持等加算Ⅰ、日常生活継続支援加算Ⅰ、精神科医療養指導加算、科学的介護推進体制加算Ⅱ、介護職員等処遇改善加算②が含まれておりますが、今後の体制等により該当しない加算が発生した場合は、この限りではございません。
- ④入所から30日間、または30日を超える入院後もしくは外出後に施設に帰園した場合は、その後の30日間に初期加算(約96円/日)を算定いたします。
- ⑤入院または外泊をした場合は、ひと月に6日(月を跨ぐ場合は、最大12日間)を限度とし、外泊時加算(約788円/日)を算定いたします。
- ⑥若年性認知症入所者受入加算(約384円/日)、療養食加算(約19円/日)、看取り介護加算(死亡日45日前～31日前 約231円/日、死亡日30日前～4日前 約461円/日、死亡日3日前～2日前 約2,179円/日、死亡日 約4,101円/日)に該当する場合は、それぞれの加算を算定いたします。

◎その他の利用料

項目	概要
理美容	カット1,400円、顔ぞり500円、カラー3,000円、パーマ4,000円
利用料引落手数料	通帳を施設で管理せず、利用料等を入所者もしくは身元引受人等の口座より引落をする場合は、1回あたりの引落手数料210円の費用がかかります。
預り金管理手数料	入所者名義の通帳を施設で管理する場合は、1ヶ月あたりの管理手数料3,000円の費用がかかります。
日用品費等	入所者が日常生活を送る上で使用する日用品等は、別紙2「日用品費等承諾書」の通りの費用がかかります。
特別食	行事等により、施設から提供される特別な食事を入所者が召し上がる場合は、別紙3「特別食年間予定表兼承諾書」の通りの費用がかかります。
外出行事及びクラブ活動の参加	外出行事及びクラブ活動に参加した場合は、それらの活動に係る費用の一部を負担していただきます。 ①外出行事参加費 200円/回(ただし、別途で食事等の諸費用がかかります。) ②クラブ活動参加費 200円/回
クリーニング	委託業者からの請求金額をお支払いしていただきます。尚、施設内での通常の洗濯につきましての費用負担はございません。)
医療費等	治療を行った医療機関や薬局からの請求金額をお支払いいただきます。また、医療保険適用外の場合も同様でございます。
その他	入所者個々の衣類、嗜好品等の購入は、全額自己負担となります。 入所者もしくは身元引受人による依頼があり、施設の職員が買い物を代行した場合は、1回あたりの買い物代行手数料150円の費用がかかります。 入所者による依頼があり、テレビを施設へ持ち込まれる場合は、1ヶ月あたりのテレビ使用料1,000円の費用がかかります。

◎医療機関への受診をする際の付き添い及び送迎につきまして

- ①協力医療機関やこちらで調整させていただきました医療機関への受診をする際の付き添い及び送迎につきましては、当施設職員で対応させていただきます。但し、入院や退院の場合やその他特別な事情のある場合は、身元引受人にご連絡させていただき、お越しいたきます。また、医療機関への受診の日程や時間は当施設で判断させていただくか、もしくは身元引受人とご相談させていただき、決定させていただきます。
- ②身元引受人やその他の関係者が指定される医療機関への受診をする際の付き添い及び送迎につきましては、身元引受人やその他の関係者でご対応いただきますようお願いいたします。送迎や付き添いにつきましては、原則として当施設では行いません。ただし、当施設で送迎の際に利用する外部移送業者を手配した場合は、その費用をご請求させていただきます。

令和 年 月 日
上記の利用料につきまして、承諾をいたしました。
入所者

氏 名 _____ 印 _____

代理人
住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____