# 料金一覧表（介護老人福祉施設　利用者負担割合1割）

令和7年5月

## ◎基本料金

特別養護老人ホーム　千川の杜

| 要介護度 | 介護報酬<br>1割負担額※1<br>（1ヶ月=30日） | 利用者負担<br>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＞※2 | 1ヶ月（30日）あたり<br>基本利用料 | 1日あたり<br>基本利用料 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 要介護1 | 28,530 | 第1段階 | 9,000 円／月　＜ 300円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 63,930 円/月 | 2,131 円/日 |
| | | 第2段階 | 11,700 円／月　＜ 390円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 66,630 円/月 | 2,221 円/日 |
| | | 第3段階① | 19,500 円／月　＜ 650円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 89,130 円/月 | 2,971 円/日 |
| | | 第3段階② | 40,800 円／月　＜ 1360円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 110,430 円/月 | 3,681 円/日 |
| | | 第4段階 | 52,500 円／月　＜1750円/日＞ | 61,980 円／月　＜2,066円/日＞ | 143,010 円/月 | 4,767 円/日 |
| 要介護2 | 31,140 | 第1段階 | 9,000 円／月　＜ 300円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 66,540 円/月 | 2,218 円/日 |
| | | 第2段階 | 11,700 円／月　＜ 390円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 69,240 円/月 | 2,308 円/日 |
| | | 第3段階① | 19,500 円／月　＜ 650円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 91,740 円/月 | 3,058 円/日 |
| | | 第3段階② | 40,800 円／月　＜ 1360円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 113,040 円/月 | 3,768 円/日 |
| | | 第4段階 | 52,500 円／月　＜1750円/日＞ | 61,980 円／月　＜2,066円/日＞ | 145,620 円/月 | 4,854 円/日 |
| 要介護3 | 33,935 | 第1段階 | 9,000 円／月　＜ 300円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 69,335 円/月 | 2,311 円/日 |
| | | 第2段階 | 11,700 円／月　＜ 390円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 72,035 円/月 | 2,401 円/日 |
| | | 第3段階① | 19,500 円／月　＜ 650円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 94,535 円/月 | 3,151 円/日 |
| | | 第3段階② | 40,800 円／月　＜ 1360円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 115,835 円/月 | 3,861 円/日 |
| | | 第4段階 | 52,500 円／月　＜1750円/日＞ | 61,980 円／月　＜2,066円/日＞ | 148,415 円/月 | 4,947 円/日 |
| 要介護4 | 36,583 | 第1段階 | 9,000 円／月　＜ 300円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 71,983 円/月 | 2,399 円/日 |
| | | 第2段階 | 11,700 円／月　＜ 390円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 74,683 円/月 | 2,489 円/日 |
| | | 第3段階① | 19,500 円／月　＜ 650円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 97,183 円/月 | 3,239 円/日 |
| | | 第3段階② | 40,800 円／月　＜ 1360円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 118,483 円/月 | 3,949 円/日 |
| | | 第4段階 | 52,500 円／月　＜1750円/日＞ | 61,980 円／月　＜2,066円/日＞ | 151,063 円/月 | 5,035 円/日 |
| 要介護5 | 39,154 | 第1段階 | 9,000 円／月　＜ 300円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 74,554 円/月 | 2,485 円/日 |
| | | 第2段階 | 11,700 円／月　＜ 390円/日＞ | 26,400 円／月　＜ 880円/日＞ | 77,254 円/月 | 2,575 円/日 |
| | | 第3段階① | 19,500 円／月　＜ 650円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 99,754 円/月 | 3,325 円/日 |
| | | 第3段階② | 40,800 円／月　＜ 1360円/日＞ | 41,100 円／月　＜1,370円/日＞ | 121,054 円/月 | 4,035 円/日 |
| | | 第4段階 | 52,500 円／月　＜1750円/日＞ | 61,980 円／月　＜2,066円/日＞ | 153,634 円/月 | 5,121 円/日 |

※1介護報酬には、令和6年6月より算定される「介護職員処遇改善加算」（総単位数の14％）が加算されます。

・上記の介護報酬1割負担額の中には、看護体制加算、夜間職員配置加算、個別機能訓練体制加算、精神科医師療養指導加算、日常生活継続支援加算、科学的介護推進加算の1割を含んでいますが、今後の体制等により該当しない加算が発生した場合は、上記の金額より低い額となります。

・上記のほかに、入所から30日間、又は30日を超える入院後若しくは外出後に施設に戻った場合は、その後30日間、初期加算として1日あたり32円を加算されます。

・入所期間中に入院、又は居宅等への外泊をした場合、一月に6日（月を跨ぐ場合、最大12日間）を限度とし、上記の介護報酬1割負担額とは別に、1日あたり268円加算されます。

上記の他に配置医師緊急時対応加算　・生産性向上機能体制加算（Ⅰ）または（Ⅱ）　・退所時情報提供加算　・協力医療機関体制加算
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）が算定可能になった場合は、上記の介護報酬1割に加え、これらの加算の1割分を負担していた頂きます。

## ◎その他の利用料

- ・理美容　ーカット 1,700円　、顔そり600円　、カラー3,500円
- ・利用料引落し手数料　－利用料等を口座から引き落とす場合、その手数料として、1回あたり100円の費用がかかります。
- ・日用品費等　ー別紙「利用者負担金一覧表」参照
- ・嗜好飲料費　－別紙「嗜好飲料費承諾書」を参照。
- ・行事食　－「行事食年間予定表及び承諾書」（裏面）参照。
- ・行事、クラブ活動　－行事やクラブ活動に係る費用として、その費用の一部を負担して頂く場合があります。
- ・クリーニング　－実費負担（通常の洗濯は施設対応で施設負担となります。）
- ・医療費、薬剤費　－実費負担（医療保険適用及び適用外の費用も含む。）
- ・その他　－衣類、利用者様個人の嗜好品等の購入等については実費負担となります。

令和　　年　　月　　日
上記の利用料について、承諾致しました。
入居者氏名

（代理人）
住　所

氏　名

行事食提供に伴う追加料金一覧表

入居者にとって、食事の時間は、生活の中で楽しみなひと時であります。施設側として、この食事の時間を入居者様にとってより良きものにしていただきたく、通常の食事提供のほか、以下のような行事食を提供していただきたいと思います。この行事食については、調理員が入居者様の目の前で調理をするといった演出を交えながら食事の提供を行い、普段とは違った雰囲気で食事を召し上がっていただきます。

| 開催月 | メニュー | 料金 |
|---|---|---|
| 4月 | 開園祝い膳 | 770円 |
| 5月 | ハンバーグ | 500円 |
| 6月 | 天ぷら | 550円 |
| 7月 | 土用の丑 | 900円 |
| 8月 | おやつバイキング | 420円 |
| 9月 | 敬老祝い膳 | 870円 |
| 10月 | 中華ランチ | 480円 |
| 11月 | にぎり寿司 | 940円 |
| 12月 | クリスマスメニュー | 440円 |
| 1月 | 正月祝い膳 | 800円 |
| 2月 | 魚の解体ショー | 900円～1100円 |
| 3月 | おやつバイキング | 420円 |
| 毎月 | セレクトランチ | なし |
| 毎月 | ケーキ | 500円～600円前後 |

※ 上記行事食については、嚥下状態の思わしくない入居者様に対しても、召し上がれるよう 工夫して提供しますが、通常ペースト状態の食事を召し上がっている入居者様等に対しては提供が難しい状況にありますので、ご了承ください。

※ 上記行事食のメニューが都合により変更になる場合がございますのでご了承ください。

入居者様が、上記の行事食を召し上がることに対し、また、食事の追加料金を支払うことに対し、ご了承いただける場合には、
以下にご署名とご捺印をいただきたくお願い申し上げます。

令和　　年　　月　　日

入居者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿