

特別養護老人ホーム希望の森 長期入居 料金表

1. 介護保険1割負担分

2020年3月1日現在

	ユニット型 介護福祉施設 サービス費(I)	夜勤職員配置 加算(IV)	看護体制 加算(I、II)	日常生活継 続支援加算 (II)	口腔衛生 管理 体制加算	介護職員 処遇改善 加算(I)	特定処遇 改善加算 (II)	1か月の 自己負担
要介護1	638円	21円	12円	46円	30円 ※1カ月 あたり	1,845円	511円	25,247円
要介護2	705円	21円	12円	46円		2,017円	559円	27,606円
要介護3	778円	21円	12円	46円		2,205円	611円	30,176円
要介護4	846円	21円	12円	46円		2,380円	660円	32,571円
要介護5	913円	21円	12円	46円		2,552円	707円	34,930円

2. 加算

上記1カ月とは、31日での計算となっております

加算名	算定期間	1日あたり
初期加算	入居日(退院日)~30日	30円
短期入院又は外泊時費用	1カ月につき6日	246円
経口移行加算	180日	28円
看取り介護加算	逝去日以前4日~30日	144円
看取り介護加算	逝去日以前前日又は前々日	680円
看取り介護加算	逝去日	1,280円
療養食加算	1日3食を限度で1食あたり	※6円

※該当される場合のみ算定されます

加算名	算定期間	1カ月あたり
褥瘡マネジメント加算	4月・7月・10月・1月	10円
排せつ支援加算	同意日~6カ月以内	※100円
低栄養リスク改善加算	同意日~6カ月以内	※300円
再入居時栄養連携加算	再入居した場合の1回のみ	※400円
口腔衛生管理加算	1カ月あたり	※90円

3. 居住費及び食費

	居住費	食費	1カ月あたり	「介護保険負担限度額認定証」対象となる方
第1段階	820円	300円	34,720円	・市民税非課税世帯で老齢福祉年金受給されている方 ・生活保護を受給されている方
第2段階	820円	390円	37,510円	・市民税非課税世帯の方で合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方
第3段階	1,310円	650円	60,760円	・市民非課税世帯の方で第2段階以外の方
第4段階	2,006円	1,550円	110,236円	・市民税課税世帯の方 ・1~3に該当されない方

4. その他の費用

※該当される場合のみ徴収いたします

	内 容	金 額	備 考
レクリエーション	ユニットで行われるレクに係る費用	実 費	
医療費	受診代・検査代・薬代	実 費	
持ち込みの電化製品	テレビ等の電気代	500円	※1カ月あたり
理美容	カット	2,100円	※希望者のみ
理美容	カラー(カット込)	4,200円	
理美容	パーマ(カット込)	5,200円	
理美容	顔剃り	600円	
外 食	外食時の代金	実 費	※参加者のみ
行 事	入場料・入園料など	実 費	
通 院	※協力医療機関以外の送迎代	実 費	※片道25km未満:500円・25km以上:1000円
外泊・外出送迎	外泊・外出時の送迎代	実 費	
買い物代行	買い物代行した場合	実費+500円	※希望者のみ

◆1~4の合計額が利用料金となります。

◆加算や地域区分の端数処理の方法等により自己負担額に若干誤差が生じます。予めご了承ください。