

ご利用料金表（概算）

●基本料金《介護保険自己負担額、居住費(多床室)、食費》 1か月(31日)のご利用料金の目安 (単位：円)

負担区分	居住費① 多床室	食費②	介護保険自己負担額(概算)③			月額ご利用料金(概算)①+②+③			
			1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
第1段階	0	9,300 (300/1日)	要介護1	29,800			39,100		
			要介護2	32,900			42,200		
			要介護3	39,500			48,800		
			要介護4	42,300			51,600		
			要介護5	44,800			54,100		
第2段階	11,470 (370/1日)	12,090 (390/1日)	要介護1	29,800			53,400		
			要介護2	32,900			56,500		
			要介護3	39,500			63,100		
			要介護4	42,300			65,900		
			要介護5	44,800			68,400		
第3段階	11,470 (370/1日)	20,150 (650/1日)	要介護1	29,800			61,400		
			要介護2	32,900			64,500		
			要介護3	39,500			71,100		
			要介護4	42,300			73,900		
			要介護5	44,800			76,400		
第4段階	17,360 (560/1日)	63,147 (2,037/1日)	要介護1	29,800	59,600	89,400	110,300	140,100	169,900
			要介護2	32,900	65,800	98,700	113,400	146,300	179,200
			要介護3	39,500	79,000	118,500	120,000	159,500	199,000
			要介護4	42,300	84,600	126,900	122,800	165,100	207,400
			要介護5	44,800	89,600	134,400	125,300	170,100	214,900

※③の介護保険自己負担額は基本介護報酬に一般的なご利用者に係る各種加算を加えて計算されたものであり、ご利用者の状態や施設の職員配置状況等により異なる場合があります。

※被爆者健康手帳をお持ちの方は、③の介護保険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
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一定額以下の方
第3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一定額以上の方
第4段階	上記以外の方

※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。

●その他の費用

おやつ代	130円(1日)
日用品費	126円(1日)
電気機器使用料	53円(1日/1品につき)
居室占有費	居住費に準ずる(ただし負担限度額の適用はなし)
理美容代金	実費
クリーニング代	実費
診断書等文書料	実費
健康管理費(インフルエンザ予防接種等)	実費

※おむつは当施設が用意したものをご利用いただければ、費用はかかりません。

ご利用料金表（概算）

●基本料金≪介護保険自己負担額、居住費(個室)、食費≫ 1か月(31日)のご利用料金の目安 (単位：円)

負担区分	居住費① 個室	食費②	介護保険自己負担額(概算)③			月額ご利用料金(概算)①+②+③			
			1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
第1段階	15,190 (490/1日)	9,300 (300/1日)	要介護1	26,300			50,800		
			要介護2	29,300			53,800		
			要介護3	35,900			60,400		
			要介護4	38,800			63,300		
			要介護5	41,300			65,800		
第2段階	15,190 (490/1日)	12,090 (390/1日)	要介護1	26,300			53,600		
			要介護2	29,300			56,600		
			要介護3	35,900			63,200		
			要介護4	38,800			66,100		
			要介護5	41,300			68,600		
第3段階	40,610 (1,310/1日)	20,150 (650/1日)	要介護1	26,300			87,100		
			要介護2	29,300			90,100		
			要介護3	35,900			96,700		
			要介護4	38,800			99,600		
			要介護5	41,300			102,100		
第4段階	44,175 (1,425/1日)	63,147 (2,037/1日)	要介護1	26,300	52,600	78,900	133,600	159,900	186,200
			要介護2	29,300	58,600	87,900	136,600	165,900	195,200
			要介護3	35,900	71,800	107,700	143,200	179,100	215,000
			要介護4	38,800	77,600	116,400	146,100	184,900	223,700
			要介護5	41,300	82,600	123,900	148,600	189,900	231,200

※③の介護保険自己負担額は基本介護報酬に一般的なご利用者に係る各種加算を加えて計算されたものであり、ご利用者の状態や施設の職員配置状況等により異なる場合があります。

※被爆者健康手帳をお持ちの方は、③の介護保険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
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一定額以下の方
第3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一定額以上の方
第4段階	上記以外の方

※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。

●その他の費用

おやつ代	130円(1日)
日用品費	126円(1日)
電気機器使用料	53円(1日/1品につき)
居室占有費	居住費に準ずる(ただし負担限度額の適用はなし)
理美容代金	実費
クリーニング代	実費
診断書等文書料	実費
健康管理費(インフルエンザ予防接種等)	実費

※おむつは当施設が用意したものをご利用いただければ、費用はかかりません。