

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	27,200			36,500		
			要介護2	30,300			39,600		
			要介護3	37,000			46,300		
			要介護4	39,900			49,200		
			要介護5	42,400			51,700		
第2段階	11,470 (370/1日)	12,090 (390/1日)	要介護1	27,200			50,800		
			要介護2	30,300			53,900		
			要介護3	37,000			60,600		
			要介護4	39,900			63,500		
			要介護5	42,400			66,000		
第3段階	11,470 (370/1日)	20,150 (650/1日)	要介護1	27,200			58,800		
			要介護2	30,300			61,900		
			要介護3	37,000			68,600		
			要介護4	39,900			71,500		
			要介護5	42,400			74,000		
第4段階	17,360 (560/1日)	63,147 (2,037/1日)	要介護1	27,200	54,400	81,600	107,700	134,900	162,100
			要介護2	30,300	60,600	90,900	110,800	141,100	171,400
			要介護3	37,000	74,000	111,000	117,500	154,500	191,500
			要介護4	39,900	79,800	119,700	120,400	160,300	200,200
			要介護5	42,400	84,800	127,200	122,900	165,300	207,700

※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はありません。

※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	23,700			48,200		
			要介護2	26,800			51,300		
			要介護3	33,500			58,000		
			要介護4	36,300			60,800		
			要介護5	38,800			63,300		
第2段階	15,190 (490/1日)	12,090 (390/1日)	要介護1	23,700			51,000		
			要介護2	26,800			54,100		
			要介護3	33,500			60,800		
			要介護4	36,300			63,600		
			要介護5	38,800			66,100		
第3段階	40,610 (1,310/1日)	20,150 (650/1日)	要介護1	23,700			84,500		
			要介護2	26,800			87,600		
			要介護3	33,500			94,300		
			要介護4	36,300			97,100		
			要介護5	38,800			99,600		
第4段階	44,175 (1,425/1日)	63,147 (2,037/1日)	要介護1	23,700	47,400	71,100	131,000	154,700	178,400
			要介護2	26,800	53,600	80,400	134,100	160,900	187,700
			要介護3	33,500	67,000	100,500	140,800	174,300	207,800
			要介護4	36,300	72,600	108,900	143,600	179,900	216,200
			要介護5	38,800	77,600	116,400	146,100	184,900	223,700

※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。