

ご利用料金表（多床室 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	①居住費 多床室	②食費	③介護保険自己負担額(概算)			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 (1)	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3段階 (2)	11,470 (370/1日)	42,160 (1,360/1日)	要介護1	27,200			80,800		
			要介護2	30,300			83,900		
			要介護3	37,000			90,600		
			要介護4	39,900			93,500		
			要介護5	42,400			96,000		
第4段階	17,360 (560/1日)	65,100 (2,100/1日)	要介護1	27,200	54,400	81,600	109,700	136,900	164,100
			要介護2	30,300	60,600	90,900	112,800	143,100	173,400
			要介護3	37,000	74,000	111,000	119,500	156,500	193,500
			要介護4	39,900	79,800	119,700	122,400	162,300	202,200
			要介護5	42,400	84,800	127,200	124,900	167,300	209,700

※『③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（第1段階～第4段階）は世帯全員の市民税課税状況収、年金収入額、所得金額、及び、預貯金額に応じて、申請により市町が認定をおこないます。詳細は保険者の市町にお尋ねください。

●その他の費用

おやつ代	140円(1日)
日用品費	140円(1日)
電気機器使用料	70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（個室 概算）

介護医療院 **グリーン三条**

●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	①居住費 個室	②食費	③介護保険自己負担額(概算)			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 (1)	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3段階 (2)	40,610 (1,310/1日)	42,160 (1,360/1日)	要介護1	23,700			106,500		
			要介護2	26,800			109,600		
			要介護3	33,500			116,300		
			要介護4	36,300			119,100		
			要介護5	38,800			121,600		
第4段階	44,175 (1,425/1日)	65,100 (2,100/1日)	要介護1	23,700	47,400	71,100	133,000	156,700	180,400
			要介護2	26,800	53,600	80,400	136,100	162,900	189,700
			要介護3	33,500	67,000	100,500	142,800	176,300	209,800
			要介護4	36,300	72,600	108,900	145,600	181,900	218,200
			要介護5	38,800	77,600	116,400	148,100	186,900	225,700

※『③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（第1段階～第4段階）は世帯全員の市民税課税状況収、年金収入額、所得金額、及び、預貯金額に応じて、申請により市町が認定をおこないます。詳細は保険者の市町にお尋ねください。

●その他の費用

おやつ代	140円(1日)
日用品費	140円(1日)
電気機器使用料	70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。

詳細は施設職員にお尋ねください。