

介護老人福祉施設 利用料金

別表(1)

□ 介護報酬告示額

(1) 基本料金(多床室)

利用料区分	利 用 料 等			
	要介護度	単位数	利用者負担額 (1日)	1ヶ月当り (30日)
介護保険給付 サービス費	要介護度1	700単位	700円 (1,400円)	21,000円 (42,000円)
	要介護度2	763単位	763円 (1,526円)	22,890円 (45,780円)
	要介護度3	830単位	830円 (1,660円)	24,900円 (49,800円)
	要介護度4	893単位	893円 (1,786円)	26,790円 (53,580円)
	要介護度5	955単位	955円 (1,910円)	28,650円 (57,300円)
居住費 (多床室)	日割り計算		840円	25,200円
食事代	日割り計算		1,380円	41,400円

* ()内の金額は2割負担の場合。
* 食事代、居室代については減免制度があり個々によって単価が異なります。

(2) 基本料金(従来型個室)

利用料区分	利 用 料 等			
	要介護度	単位数	利用者負担額 (1日)	1ヶ月当り (30日)
介護保険給付 サービス費	要介護度1	700単位	700円 (1,400円)	21,000円 (42,000円)
	要介護度2	763単位	763円 (1,526円)	22,890円 (45,780円)
	要介護度3	830単位	830円 (1,660円)	24,900円 (49,800円)
	要介護度4	893単位	893円 (1,786円)	26,790円 (53,580円)
	要介護度5	955単位	955円 (1,910円)	28,650円 (57,300円)
居住費 (従来型個室)	日割り計算		1,150円	34,500円
食事代	日割り計算		1,380円	41,400円

* ()内の金額は2割負担の場合。
* 食事代、居室代については減免制度があり個々によって単価が異なります。

上記の内容を了承しました。

平成 年 月 日

<利用者氏名>

印

<代理人氏名>

印

□ 介護報酬告示額

別表(3)

(1)加算料金

* ご契約時下記、○印をした加算のみ算定させていただきます。

加算項目	加算		回数	単位数	自己負担額
	有	無			
初期加算	<input checked="" type="checkbox"/>		1日につき (30日を限度)	30単位	30円
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき	12単位	12円
若年性認知利用者受入加算	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	120単位	120円
日常生活継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき	36単位	36円
看護体制加算(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき	4単位	4円
看護体制加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	8単位	8円
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	13単位	13円
口腔衛生管理加算	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1ヶ月につき	110単位	110円
看取介護加算	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	144~1,280単位	144円~1,280円
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	3単位	3円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	12単位	12円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	6単位	6円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1日につき	6単位	6円
退所時相談援助加算	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1回につき	400単位	400円
退所前連携加算	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1回につき	500単位	500円
栄養マネジメント加算	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日につき	14単位	14円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1ヶ月につき	5.9%	下記※印参照

※介護職員処遇改善加算Ⅰについては、1ヶ月のご利用単位数に5.9%を乗じた金額をご負担していただきます

□ その他の費用

理美容代、嗜好品、医療費、日用品費については、別途実費負担になります。
テレビ、暖房器具(電気毛布、電気アンカ等)持込料(月額1,000円)負担となります。

上記の内容を了承しました。

平成 年 月 日

<利用者氏名>

印

<代理人氏名>

印