

【利用料金表】 (H21年4月改正)

1. 介護保険基準サービス (1日当たり)

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

| (1) 要介護度別サービス利用料金 | 区分 | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|-------------------|------|---|-------|-------|-------|-------|
| 介護保険給付対象1割分 | 個室 | 649円 | 724円 | 797円 | 871円 | 944円 |
| | 多床室 | 735円 | 809円 | 882円 | 957円 | 1030円 |
| その他 | 利用料金 | 内 容 | | | | |
| 看護体制加算() | 5円 | 看護師を常勤で1名以上配置します。 | | | | |
| 看護体制加算() | 9円 | 基準以上の看護師を配置します。 | | | | |
| 夜勤職員配置加算() | 14円 | 基準以上の夜勤者を配置します。 | | | | |
| サービス提供体制強化加算() | 13円 | 介護福祉士資格を持つ職員等を半数以上配置します。 | | | | |
| 在宅中重度者受入加算 | 432円 | 訪問介護サービスを利用している在宅の中重度のご利用者が、訪問看護師からサービス提供が受けられる体制を確保した場合に対象となります。 | | | | |

| (2) ご利用者の状況に応じた保険給付対象1割分 | 利用料金 | 内 容 |
|--------------------------|------|---|
| 送迎(片道) | 192円 | 利用者の居室と事業所との間の送迎を行う場合に対象となります。 |
| 療養食加算 | 24円 | 医師の食事せんに基づき、腎臓病食や糖尿病食などの提供を行う場合に対象となります。 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 126円 | 若年性認知症のご利用者に対し、個別に担当を定め、その方の特性やニーズに応じたサービスを行った場合に対象となります。 |

| (3) 地域外の送迎に係る自己負担額 | 実施地域以外で止むを得ず事業所の自動車を使用した場合は、地域外で利用に要した距離1キロメートル当たり50円の負担となります。 |
|--------------------|--|
|--------------------|--|

| (4) 居室に係る自己負担額 | 区分 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 |
|----------------|-----|------|------|------|--------|
| | 個室 | 320円 | 420円 | 820円 | 1,150円 |
| | 多床室 | - | 320円 | 320円 | 450円 |

| (5) 食事に係る自己負担額 | 区分 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 |
|----------------|----|------|------|------|--------|
| | | 300円 | 390円 | 650円 | 1,500円 |

2. 1以外のサービス

| 1回のご利用毎に料金をお支払いいただくサービス | 内 容 | 利用料金 |
|-------------------------|---|----------------------------|
| 特別な食事(酒等を含む) | ご利用者の希望に基づいて特別な食事を提供した費用が対象となります。 | 実費相当額 |
| 持ち込み電化製品の電気料 | ご利用者専用で利用される電化製品の使用電力に基づいた費用が対象となります。 | 20円(1日1台当り) |
| 栄養補助食品等 | ご利用者の状態にあわせて、ホームが毎日提供する食品の費用が対象となります。 | 実費相当額 |
| おやつ・嗜好飲料水等 | ご利用者の状態や嗜好にあわせて、ホームが毎日提供するおやつ・飲料水の費用が対象となります。 | 200円(1泊当り) |
| 理容・美容サービス | 理容・美容サービスを利用した際の費用が対象となります。 | 実費相当額 |
| 日常生活品の購入代行 | 日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用が対象となります。 | 実費相当額 |
| レクリエーション・クラブ活動 | ご利用者がクラブ活動に参加した場合の費用、ご利用者の希望による外出の際の交通費等や職員が付き添う場合に要する費用が対象となります。 | 実費相当額 |
| 医療機関への付き添い | 協力病院以外の入退院及び通院の際の交通費等や付き添う場合に要する費用が対象となります。ホームから協力病院以外の医療機関へ車で行った場合にかかる費用は以下のとおりです。 * 移送費として * ホームの職員が付き添った場合(4時間未満) * ホームの職員が付き添った場合(4時間以上) | 1,500円 1,500円 3,000円 |
| 健康管理費 | インフルエンザ等予防注射を希望により実施した場合に対象となります。 | 実費相当額 |
| 衣服レンタル料 | 衣類等のレンタルを希望した場合に対象となります。 | 200円(1日) |

上記、実費相当額については、サービス提供費用を含みます。

その他、ご利用者の希望により生じた費用や日常生活上必要となる実費相当額(おむつを除きます)につきましては、ご利用者の負担となりますのでご了承ください。

3. キャンセル料

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| ご利用日前日の午後5時までの場合 | 無 料 |
| ご利用日前日の午後5時を過した場合 | 利用料金 1. 介護保険基準サービス [(1)+(4)+(5)]の半額 |
| ご利用日当日の場合 | 利用料金 1. 介護保険基準サービス [(1)+(4)+(5)]の全額 |

ご利用者の都合によりキャンセルする場合は上記のとおりキャンセル料を申し受けますのでご了承ください。

ただし、ご利用者の体調が急変した場合など緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。