

ユニット型指定介護老人福祉施設利用料金表【特別養護老人ホーム三和園】 平成29年4月1日から適用  
1ヶ月あたりの入所施設費用(30日で計算)

事業所番号:0270200702

(単位 円)

	①介護費/日		第1段階			第1段階 利用料 合計	第2段階			第2段階 利用料 合計	第3段階			第3段階 利用料 合計	第4段階			第4段階 利用料 合計				
	上段:1割負担	下段:2割負担	②食費 300/1日	③居住費 820/1日	②食費 390/1日		③居住費 820/1日	②食費 650/1日	③居住費 1,310/1日		②食費 1,380/1日	③居住費 1,970/1日										
要介護1	1日	727	②	300	30日	9,000	55,440	②	390	30日	11,700	58,140	②	650	30日	19,500	80,640	②	1,380	30日	41,400	122,340
	30日	21,840	③	820	30日	24,600		③	820	30日	24,600		③	1,310	30日	39,300		③	1,970	30日	59,100	
	30日	43,680											2割負担の方			144,180						
要介護2	1日	793	②	300	30日	9,000	57,420	②	390	30日	11,700	60,120	②	650	30日	19,500	82,620	②	1,380	30日	41,400	124,320
	30日	23,820	③	820	30日	24,600		③	820	30日	24,600		③	1,310	30日	39,300		③	1,970	30日	59,100	
	30日	47,640											2割負担の方			148,140						
要介護3	1日	864	②	300	30日	9,000	59,550	②	390	30日	11,700	62,250	②	650	30日	19,500	84,750	②	1,380	30日	41,400	126,450
	30日	25,950	③	820	30日	24,600		③	820	30日	24,600		③	1,310	30日	39,300		③	1,970	30日	59,100	
	30日	51,900											2割負担の方			152,400						
要介護4	1日	930	②	300	30日	9,000	61,530	②	390	30日	11,700	64,230	②	650	30日	19,500	86,730	②	1,380	30日	41,400	128,430
	30日	27,930	③	820	30日	24,600		③	820	30日	24,600		③	1,310	30日	39,300		③	1,970	30日	59,100	
	30日	55,860											2割負担の方			156,360						
要介護5	1日	996	②	300	30日	9,000	63,510	②	390	30日	11,700	66,210	②	650	30日	19,500	88,710	②	1,380	30日	41,400	130,410
	30日	29,910	③	820	30日	24,600		③	820	30日	24,600		③	1,310	30日	39,300		③	1,970	30日	59,100	
	30日	59,820											2割負担の方			160,320						

※居住費は(ユニット型個室)で計算しております。

※その他加算対象の看取り介護加算を算定できる体制をとっております。また、外泊時の外泊加算と初期加算も発生することがあります。

各々の加算は算定の対象となった方から頂くこととしておりますのでご注意ください。

現在適用となっている加算状況

※30日利用の場合 (単位 円)

	基本単価	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	2割負担の方
要介護1	625	1,813	3,625
要介護2	691	1,977	3,954
要介護3	762	2,154	4,308
要介護4	828	2,318	4,636
要介護5	894	2,483	4,965

(単位 円)

高額介護サービス費(介護費のみ対象)	
第1段階	15,000
第2段階	15,000
第3段階	24,600
第4段階	37,200/44,400

(単位 円)

看護体制加算(Ⅰ)	4
看護体制加算(Ⅱ)	8
個別機能訓練加算	12
栄養マネジメント加算	14
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18
日常生活継続支援加算	46
サービス提供体制強化加算Ⅱ	
<b>加算合計</b>	<b>102</b>

※介護保険負担限度額認定証は各市町村に申請が必要です。

(単位 円)

旧措置要介護1	625	第1段階	世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金を受給している方。生活保護を受けている方	口腔衛生管理体制加算として1ヶ月加算	30
旧措置要介護2.3	722	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の合計が80万円以下の方	口腔衛生管理加算(歯科衛生士が月4回以上)として1ヶ月加算	110
旧措置要介護4.5	850	第3段階	世帯全員が住民税非課税で、第1段階・第2段階に該当しない方		
		第4段階	本人が住民税非課税で、世帯の中に住民税課税者がいる方。本人が住民税を課税されている方 預貯金等が単身世帯で1000万円以上、夫婦世帯で2000万円以上がある場合。世帯分離後であって配偶者が課税されている場合。		

※介護職員処遇改善加算(Ⅰ)として介護費の8.3%が加算されます。