

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護料金表

介護保険の法定利用に基づく負担金額(1割の場合) (単位 円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費(1日)	661	730	803	874	942
日常生活継続支援加算(1日)	46				
看護体制加算Ⅰ(1日)	12				
看護体制加算Ⅱ(1日)	23				
夜勤職員配置加算(1日)	46				
介護職員処遇改善加算(1日)	65	71	77	83	89
介護職員等特定処遇改善加算(1日)	21	23	25	27	29

外泊時費用(発生時)	246(1日につき)
初期加算(入所日から30日間)	30
看取り介護加算(発生時)	72~1,280

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍となります

施設利用料としてご負担いただく金額 (単位 円)

食費(1日)	1,445
居住費(1日)	2,006
日常生活用品費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
教養娯楽費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
理美容代	実費

参考(利用者負担段階) (単位 円)

段階	対象者	利用者負担額	
		居住費(月額)	食費(月額)
4	・1~3段階に該当されない方	2,006	1,445
3②	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円以上 ・預貯金金額が、単身500万以下、夫婦1,500万以下	1,310	1,360
3①	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以上120万円以下 ・預貯金金額が、単身550万以下、夫婦1,550万以下	1,310	650
2	・世帯全員が市民税非課税で、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 ・預貯金金額が、単身650万以下、夫婦1,650万以下	820	390
1	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税	820	300

※低所得者の該当については市役所にてご確認ください。

※「利用者負担軽減確認証」提示利用者には社会福祉法人減免実施(利用者負担の1/4程度)

1ヶ月(31日)当たりの負担金額(1割の場合・概算) (単位 円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
4 段階	134,096	136,470	138,982	141,425	143,765
3② 段階	109,885	112,259	114,771	117,214	119,554
3① 段階	87,875	90,249	92,761	95,204	97,544
2 段階	64,625	66,999	69,511	71,954	74,294
1 段階	61,835	64,209	66,721	69,164	71,504

※別途、医療費・薬代が必要になります

短期入所生活介護料金表

介護保険の法定利用に基づく負担金額（1割の場合）

（単位 円）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費（1日）	523	649	696	764	838	908	976
看護体制加算Ⅰ（1日）	-----		4				
看護体制加算Ⅱ（1日）	-----		8				
夜勤職員配置加算（1日）	-----		18				
送迎加算（片道）	184						
介護職員処遇改善加算	1割負担分の8.3%相当額						
介護職員等 特定処遇改善加算	1割負担分の2.3%相当額						

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍となります

施設利用料としてご負担いただく金額

（単位 円）

食費（1日）	1,445
滞在費（1日）	2,006
日用品費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
教養娯楽費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします

通所介護料金表

介護保険の法定利用に基づく負担金額（1割の場合）

（単位 円）

通所介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3 時 間 ～ 4 時 間	415	476	538	598	661
4 時 間 ～ 5 時 間	435	499	564	627	693
5 時 間 ～ 6 時 間	655	773	893	1,010	1,130
6 時 間 ～ 7 時 間	676	798	922	1,045	1,168
7 時 間 ～ 8 時 間	750	887	1,028	1,168	1,308
8 時 間 ～ 9 時 間	780	922	1,068	1,216	1,360
入浴介助加算（入浴時）	40				
サービス提供体制強化加算	22				
介護職員処遇改善加算	自己負担割合分の5.9%相当額				
介護職員等特定処遇改善加算	自己負担割合分の1.2%相当額				
延長（9時間以上10時間未満）（発生時）	50				
延長（10時間以上11時間未満）（発生時）	100				
延長（11時間以上12時間未満）（発生時）	150				

介護予防・総合事業 （通所型独自サービス）	要支援1・事業対象者 （1ヶ月4回まで）	要支援2・事業対象者 （1ヶ月5から8回まで）
1回数単位 （入浴等個別対応あり）	384	395
1回数単位	308	316
サービス提供体制強化加算 （1ヶ月単位）	88	176
介護職員処遇改善加算	自己負担割合分の5.9%相当額	
介護職員等特定処遇改善加算	自己負担割合分の1.2%相当額	

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍となります

施設利用料としてご負担いただく金額

（単位 円）

食費（昼食）	500
おむつ代	実費
日常生活品費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
教養娯楽費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします