ケアハウス寿老苑　ご利用料金表

令和5年. 4. 1 改定

事業番号 2374900500 （特定施設入居者生活介護･介護予防特定施設入居者生活介護）

介護報酬 / 要介護度	介護報酬（1日あたり単位）				地域区分	介護保険自己負担額 月（30日）あたりの概ねの額（月額）（円）		
	基本単位	個別機能訓練加算	夜間看護体制加算	医療機関連携加算		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	182	12	10	80（1か月あたり単位）	報酬1点あたりの単価 10．27円（6級地）	6,059	12,118	18,177
要支援2	311					10,033	20,067	30,101
要介護1	538					17,335	34,671	52,007
要介護2	604					19,369	38,738	58,107
要介護3	647					21,525	43,051	64,577
要介護4	738					23,497	46,995	70,493
要介護5	807					25,623	51,247	76,870

その他の介護保険に関する費用

※別途、介護保険利用額に1.5%の介護職員等ベースアップ等支援加算が加算されます。
※別途、介護保険利用額に8.2%相当の介護職員改善加算及び1.2%の介護職員特定処遇改善加算が加算されます。
※口腔･栄養スクリーニング加算〈改定〉: 栄養改善の取組の推進 20単位／回　※6月に1回を限度とする
※看取り介護加算〈改定〉: 施設で看取り介護を行った場合の加算

単位数	算定日	備考
72単位／日	死亡日以前31～45日	･「人生の最終段階における医療･ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行うこと。 ･見取りに関する協議等の場の参加者として、生活相談員を明記する。
144単位／日	死亡日以前4～30日	
680単位／日	死亡日前日及び前々日	
1，280単位／日	死亡日	

その他の入居費用

サービスに要する費用: 10，000円～46，820円

区分	収入	本人負担額（円）	備考
1	1，500，000円以下	10,000	･収入は、前年度の年金･家賃･配当などの収入から医療費･社会保険料などの経費を除いた額となります。 ･ご夫婦の場合は収入を合算し判定します。 ･毎年6月頃に収入申告書をご提出いただき区分の判定を行います。
2	1，500，001～1，600，000円	13,000	
3	1，600，001～1，700，000円	16,000	
4	1，700，001～1，800，000円	19,000	
5	1，800，001～1，900，000円	22,000	
6	1，900，001～2，000，000円	25,000	
7	2，000，001～2，100，000円	30,000	
8	2，100，001～2，200，000円	35,000	
9	2，200，001～2，300，000円	40,000	
10	2，300，001～2，400，000円	45,000	
11	2，400，001円以上	46,820	

生活費

生活費	食費に関する費用	46，940円	11月～3月までは2，150円加算されます。 食事を欠食される場合は、食材費相当の費用を返金させていただきます。

＊月額となるため、月の途中で入退去される場合も全額徴収させていただきます。

居住に要する費用

管理費	家賃にあたる費用	23，400円

＊月額となるため、月の途中で入退去される場合も全額徴収させていただきます。

その他の利用料金

電気代	月額	実費	居室及びユニット内に相当する電気料金
ごみ処分費	月額	500円	個人的なごみの処分費用
洗濯代	1ネットあたり	600円	1ネットあたりの料金、特別な場合は実費
理美容代	1回あたり	実費	理美容を行った場合
娯楽費			クラブ活動や行事などの材料費、参加費用
日用雑貨品費		実費	おむつ、ティッシュの他希望される日用雑貨の費用
コピー代	1枚あたり	20円	白黒1枚あたり
写真代	1枚あたり	実費	行事などの写真の費用
代行費	1回	100円	依頼を受けた代行の費用
寝具類の弁償	1枚あたり	実費	寝具類の紛失、破損、焼損などの費用
諸証明	1枚あたり	200円	年金証明など法人印、施設長印を使用して証明する場合

その他
・入居に際しましての一時金は不要です。
・各個室の照明器具はご持参をお願いします。
・退去時には室内のクリーニング若しくは状況に応じリフォームをお願いします。
・その他、詳細は個別に説明をさせていただきます。

上記に関し同意します。

令和　　年　　月　　日

サービス利用者

住　所

氏　名　　印

署名代行者

住　所

氏　名　　印　　ご本人との関係

署名代行の理由

ご家族代表者

住　所

氏　名　　印　　ご本人との関係