



利用料金のご案内

ア. 介護費	● 介護保険自己負担額（2割）＋各種加算（2割）となります ※各種加算として、「個別機能訓練加算」「栄養マネジメント加算」「日常生活継続支援加算」「看護体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）」「認知症専門ケア加算（Ⅰ）」「介護職員処遇改善加算」を算出します。
イ. 食費・居住費	● 食費については、食事代、共用部分の水光熱費＋調理コストとして、厚生労働大臣が定める基準額となります。 ● 居住費については、家賃相当分の費用＋水光熱費として、厚生労働大臣が定める基準額となります。 ※食費・居住費については、市町村が発行する「介護保険負担限度額認定証」の提示により、下記表の通り減額されます。
ウ. その他の費用(特別な室料)	● インターネット設置、外観、居室面積等による特別な室料となります。
● 電話、インターネットはそれぞれ料金別途。また、CATV等一部有料となります。 理美容料金、持込電機器具による電気料、その他の利用料金については、実費となります。 ※おむつ等の介護用品費、日用品費、洗濯代、に関しては、介護費に含まれます。	

月額ご利用料金の例(30日の場合)

○要介護1の場合

ア. 介護保険自己負担額(2割) ＋各種加算(2割)		イ. 食費＋居住費		ウ. その他の費用 (特別な室料)		月額費用計		
介護費用 2割	50,065円	＋	利用者負担 第1段階	33,600円 (300円＋820円)×30日	＋	15,000円 (500円×30日)	＝	98,665円
			利用者負担 第2段階	36,300円 (390円＋820円)×30日				101,365円
			利用者負担 第3段階	58,800円 (650円＋1,310円)×30日				123,865円
			利用者負担 第4段階	103,500円 (1,480円＋1,970円)×30日				168,565円

○要介護2の場合

ア. 介護保険自己負担額(2割) ＋各種加算(2割)		イ. 食費＋居住費		ウ. その他の費用 (特別な室料)		月額費用計		
介護費用 2割	54,561円	＋	利用者負担 第1段階	33,600円 (300円＋820円)×30日	＋	15,000円 (500円×30日)	＝	103,161円
			利用者負担 第2段階	36,300円 (390円＋820円)×30日				105,861円
			利用者負担 第3段階	58,800円 (650円＋1,310円)×30日				128,361円
			利用者負担 第4段階	103,500円 (1,480円＋1,970円)×30日				173,061円

○要介護3の場合

ア. 介護保険自己負担額(2割) ＋各種加算(2割)		イ. 食費＋居住費		ウ. その他の費用 (特別な室料)		月額費用計		
介護費用 2割	59,396円	＋	利用者負担 第1段階	33,600円 (300円＋820円)×30日	＋	15,000円 (500円×30日)	＝	107,996円
			利用者負担 第2段階	36,300円 (390円＋820円)×30日				110,696円
			利用者負担 第3段階	58,800円 (650円＋1,310円)×30日				133,196円
			利用者負担 第4段階	103,500円 (1,480円＋1,970円)×30日				177,896円

○要介護4の場合

ア. 介護保険自己負担額(2割) ＋各種加算(2割)		イ. 食費＋居住費		ウ. その他の費用 (特別な室料)		月額費用計		
介護費用 2割	63,892円	＋	利用者負担 第1段階	33,600円 (300円＋820円)×30日	＋	15,000円 (500円×30日)	＝	112,492円
			利用者負担 第2段階	36,300円 (390円＋820円)×30日				115,192円
			利用者負担 第3段階	58,800円 (650円＋1,310円)×30日				137,692円
			利用者負担 第4段階	103,500円 (1,480円＋1,970円)×30日				182,392円

○要介護5の場合

ア. 介護保険自己負担額(2割) ＋各種加算(2割)		イ. 食費＋居住費		ウ. その他の費用 (特別な室料)		月額費用計		
介護費用 2割	68,387円	＋	利用者負担 第1段階	33,600円 (300円＋820円)×30日	＋	15,000円 (500円×30日)	＝	116,987円
			利用者負担 第2段階	36,300円 (390円＋820円)×30日				119,687円
			利用者負担 第3段階	58,800円 (650円＋1,310円)×30日				142,187円
			利用者負担 第4段階	103,500円 (1,480円＋1,970円)×30日				186,887円

※記載情報、料金等は2015年8月1日現在のものです。

〒216－0001 川崎市宮前区野川3134－5

地域密着型介護老人福祉施設 風光

TEL . 044-754-1751
FAX . 044-754-1761