

地域密着型介護老人福祉施設サンハイツ城栄（ユニット型個室）料金目安表

介護保険負担割合 1割の場合

令和6年10月

要介護度	基本サービス費 30日	※1 加算 30日	※2 職員の処遇に 関する加算 30日	① 介護サービス費 自己負担合計額	介護保険負担 限度額段階	② 居住費 1日	③ 食費 1日	④ 1カ月の居住費・ 食費合計 (②+③) × 30日	1カ月の利用料金合計 (①+④)
要介護3	25,188	3,613	4,032	32,833	第1段階	880	300	35,400	68,233
					第2段階	880	390	38,100	70,933
					第3段階①	1,370	650	60,600	93,433
					第3段階②	1,370	1,360	81,900	114,733
					第4段階	2,960	1,445	132,150	164,983
要介護4	27,408	3,613	4,344	35,365	第1段階	880	300	35,400	70,765
					第2段階	880	390	38,100	73,465
					第3段階①	1,370	650	60,600	95,965
					第3段階②	1,370	1,360	81,900	117,265
					第4段階	2,960	1,445	132,150	167,515
要介護5	29,538	3,613	4,641	37,792	第1段階	880	300	35,400	73,192
					第2段階	880	390	38,100	75,892
					第3段階①	1,370	650	60,600	98,392
					第3段階②	1,370	1,360	81,900	119,692
					第4段階	2,960	1,445	132,150	169,942

・本表は令和6年6月の介護報酬改定に基づき当施設で**実施予定**のサービス費を合算した利用料金の目安表です。1カ月を30日で計算しています。

・被爆者手帳をお持ちの方は①に関して公費負担となるため④のいずれかの段階の費用となります。

※1 看護体制加算・夜勤職員配置加算・褥瘡マネジメント加算・自立支援促進加算・科学的介護推進体制加算を合わせた金額を表示しています。

加算の条件が出来次第、加算を追加する予定があります。

※2 処遇改善加算の金額を表示しています。

・市民税非課税世帯の方は第1段階～第3段階②の表記のように居住費と食費の減額を受けることができます。減額を受けるためには市役所への申請・認定が必要です。申請については当施設で説明することができますが、申請はご本人またはご家族が市役所で手続きをお願い致します。

・介護保険負担割合が2割の方 ①×2+④ 1カ月の料金合計

・介護保険負担割合が3割の方 ①×3+④ 1カ月の料金合計