

地域密着型特別養護老人ホーム 恵み野

利用料金表【1割負担】

令和1年10月1日

介護度	負担限度額減額段階	介護保険1割負担分				特定入所者介護		出納管理費	計(1日)	1ヶ月間(31日)ご利用の金額
		ユニット型地域密着型介護福祉施設サービスマニ	※日常生活継続支援加算	看護体制加算(Ⅰ)イ	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	食費	居住費			
1	1	646	46	12	46	300	820	100	1,970	63,628
	2					390	820		2,060	66,418
	3					650	1,310		2,810	89,668
	4					1,392	2,006		4,248	134,246
処遇改善加算Ⅰ×8.9%									1,930	/一月
特定処遇改善加算Ⅰ×2.7%									628	/一月
2	1	712	46	12	46	300	820	100	2,036	65,899
	2					390	820		2,126	68,689
	3					650	1,310		2,876	91,939
	4					1,392	2,006		4,314	136,517
処遇改善加算Ⅰ×8.9%									2,100	/一月
特定処遇改善加算Ⅰ×2.7%									683	/一月
3	1	785	46	12	46	300	820	100	2,109	68,410
	2					390	820		2,199	71,200
	3					650	1,310		2,949	94,450
	4					1,392	2,006		4,387	139,028
処遇改善加算Ⅰ×8.9%									2,287	/一月
特定処遇改善加算Ⅰ×2.7%									744	/一月
4	1	854	46	12	46	300	820	100	2,178	70,785
	2					390	820		2,268	73,575
	3					650	1,310		3,018	96,825
	4					1,392	2,006		4,456	141,403
処遇改善加算Ⅰ×8.9%									2,465	/一月
特定処遇改善加算Ⅰ×2.7%									802	/一月
5	1	922	46	12	46	300	820	100	2,246	73,125
	2					390	820		2,336	75,915
	3					650	1,310		3,086	99,165
	4					1,392	2,006		4,478	142,317
処遇改善加算Ⅰ×8.9%									2,640	/一月
特定処遇改善加算Ⅰ×2.7%									859	/一月

＜その他の料金＞ (円)

※加算料金	入所初期加算(30日間)	1日	30
	入院及び外泊加算(6日間)	1日	246
	療養食加算	1回	6
	経口移行加算	1日	28
	経口維持加算Ⅰ	1月	400
	経口維持加算Ⅱ	1月	100
	若年性認知症入所者受入加算	1日	120
その他の料金	看取り介護加算	1日	144~1280
	電気代(一機種)	1日	50
	理髪代		実費
	クラブ活動費		実費
	行事費		実費
	設備以外の個人で使用する福祉用具		実費
	施設提供以外の特別食		実費
予防接種等		実費	

※日常生活継続支援加算の施設基準に適合した場合について加算されます。(入居者のうち要介護度4、5の割合や認知症の方の割合が多く、それに対して規定数以上の介護福祉士が配置されている場合)

※左記の加算については、個別の状況によりご負担いただくようになります。

※上記の金額に受診・服薬等の費用は含まれません。

地域密着型特別養護老人ホーム 恵み野

利用料金表【2割負担】

令和1年10月1日

介護度	負担限度額減額段階	介護保険2割負担分				特定入所者介護		出納管理費	計(1日)	1ヶ月間(31日)ご利用の金額
		ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費	※日常生活継続支援加算	看護体制加算(Ⅰ)イ	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	食費	居住費			
1	1	1,292	92	24	92	1,392	2,006	100	4,998	160,054
	2									
	3									
	4									
処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%									3,860	/一月
処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%									1,256	/一月
2	1	1,424	92	24	92	1,392	2,006	100	5,130	164,595
	2									
	3									
	4									
処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%									4,199	/一月
処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%									1,366	/一月
3	1	1,570	92	24	92	1,392	2,006	100	5,276	169,619
	2									
	3									
	4									
処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%									4,575	/一月
処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%									1,488	/一月
4	1	1,708	92	24	92	1,392	2,006	100	5,414	174,368
	2									
	3									
	4									
処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%									4,930	/一月
処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%									1,604	/一月
5	1	1,844	92	24	92	1,392	2,006	100	5,550	179,048
	2									
	3									
	4									
処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%									5,280	/一月
処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%									1,718	/一月

<その他の料金> (円)

※加算料金	入所初期加算(30日間)	1日	60
	入院及び外泊加算(6日間)	1日	492
	療養食加算	1回	12
	経口移行加算	1日	56
	経口維持加算Ⅰ	1月	800
	経口維持加算Ⅱ	1月	200
	若年性認知症入所者受入加算	1日	240
	看取り介護加算	1日	288~ 2560
	電気代(一機種)	1日	50
その他の料金	理髪代	実費	
	クラブ活動費	実費	
	行事費	実費	
	設備以外の個人で使用する福祉用具	実費	
	施設提供以外の特別食	実費	
	予防接種等	実費	

※日常生活継続支援加算の施設基準に適合した場合について加算されます。(入居者のうち要介護度4, 5の割合や認知症の方の割合が多く、それに対して規定数以上の介護福祉士が配置されている場合)

※左記の加算については、個別の状況によりご負担いただくようになります。

※上記の金額に受診・服薬等の費用は含まれません。

地域密着型特別養護老人ホーム 恵み野

利用料金表【3割負担】

令和1年10月1日

介護度		介護保険3割負担分				特定入所者介護		出納管理費	計(1日)	1ヶ月間(31日)ご利用の金額
		地域密着型介護福祉施設サービス費	※日常生活継続支援加算	看護体制加算(Ⅰ)イ	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	食費	居住費			
1		1,938	138	36	138	1,392	2,006	100	5,748	185,860
	処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%								5,789	/一月
	処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%								1,883	/一月
2		2,142	138	36	138	1,392	2,006	100	5,952	192,860
	処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%								6,299	/一月
	処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%								2,049	/一月
3		2,361	138	36	138	1,392	2,006	100	6,171	200,395
	処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%								6,862	/一月
	処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%								2,232	/一月
4		2,571	138	36	138	1,392	2,006	100	6,381	207,612
	処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%								7,395	/一月
	処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%								2,406	/一月
5		2,775	138	36	138	1,392	2,006	100	6,585	214,630
	処遇改善加算(Ⅰ)×8.3%								7,919	/一月
	処遇改善加算(Ⅰ)×2.7%								2,576	/一月

<その他の料金>

(円)

※加算料金	入所初期加算(30日間)	1日	90
	入院及び外泊加算(6日間)	1日	738
	療養食加算	1回	18
	経口移行加算	1日	84
	経口維持加算Ⅰ	1月	1,200
	経口維持加算Ⅱ	1月	300
	若年性認知症入所者受入加算	1日	360
	看取り介護加算	1日	432~ 3,840
	電気代(一機種)	1日	50
その他の料金	理髪代		実費
	クラブ活動費		実費
	行事費		実費
	設備以外の個人で使用する福祉用具		実費
	施設提供以外の特別食		実費
	予防接種等		実費

※日常生活継続支援加算の施設基準に適合した場合について加算されます。(入居者のうち要介護度4, 5の割合や認知症の方の割合が多く、それに対して規定数以上の介護福祉士が配置されている場合)

※左記の加算については、個別の状況によりご負担いただくようになります。

※上記の金額に受診・服薬等の費用は含まれません。