

**小規模特別養護老人ホーム みどりの丘**  
**《 料 金 表 》 ユニット型個室**

＜平成27年12月1日＞

1 介護保険法が定める法定料金

(1) 基本サービス料金

介護認定	1日につき	1月(30日)	
		1割	2割
要介護1	625円	18,750円	37,500円
要介護2	691円	20,730円	41,460円
要介護3	762円	22,860円	45,720円
要介護4	828円	24,840円	49,680円
要介護5	894円	26,820円	53,640円

(2) 加算料金等 (※下記の金額は1割で表記しています)

加算	1日につき	加算	1日につき
看護体制加算Ⅰ	12円	栄養マネジメント加算	14円
看護体制加算Ⅱ	23円	療養食加算	18円
入院、外泊時(月に6日を限度)	246円	初期加算(入所から30日限り)	30円
経口移行加算	28円	経口維持加算(Ⅰ)1月(6ヶ月まで)	400円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18円	経口維持加算(Ⅱ)1月(6ヶ月まで)	100円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(ひと月の合計金額)×加算率5.9% (ひと月の合計金額とは、基本サービス料金+加算料金等の合計金額)			

(3) 上記利用料については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。

1) 高額介護サービス費の支給

1か月の介護サービスの合計額が所得に応じた下記上限額を超えた場合には、超えた分が申請により払い戻されます。(居住費、食事等は除く)

利用者負担段階区分	上限額(世帯合計)
現役並み所得者 ※同一世帯に課税所得145万円以上の方がいて、単身の場合、 年収383万円以上、2人以上の場合520万円以上の方	44,400円
上記以外の住民税課税世帯の方	37,200円
住民税世帯非課税で、以下に該当しない方	24,600円
住民税非課税世帯 ・本人の合計所得金額及び公的年金等収入額の 合計が80万円以下の方 ・高齢福祉年金受給者	15,000円(個人)
利用者負担を15,000円に減額することで、 生活保護の受給者とならない場合	15,000円(個人)

## 2 所定料金

### (1) 食事代

1日あたり 1,380円 (朝食 380円 昼食 500円 夕食 500円)

※食事代については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。

### (2) 居住費

1日あたり 1,970円

※居住費については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。(日額)

段階	対 象 者	居 住 費	食 費
第1段階	生活保護受給者等 老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方	820円	300円
第2段階	世帯全員が住民税非課税で課税年金収入額と合計所得額の合計が80万円以下の方	820円	390円
第3段階	世帯全員が住民税非課税で課税年金収入額と合計所得額の合計が80万円超の方	1,310円	650円

※当施設より医療機関に入院されている期間についても、「お部屋」は一定の期間を確保いたします。つきましては、居住費相当額が発生いたしますのでご了承下さい。

なお、負担限度額認定証の該当の方は段階に応じた金額となります。

※協力病院への入院日又は退院日の食費については、減免の対象になりませんので、ご了承下さい。

### (3) 日常生活費

サービス項目	内 訳	料 金
日常生活費	BOX ティッシュ・ウエットティッシュ 口腔用スポンジブラシ等	実 費

※その他、個別で必要とする物(ただしオムツを除きます)につきましては、利用者の方の全額負担又は準備をして頂くようになっておりますのでご了承ください。

### (4) その他の費用

電化製品持ち込み料(持ち込み点数にかかわらず)	52円/日
現金及び預金通帳の管理費用	50円/日
理美容代(業者に支払う額)	実 費
教養娯楽費	実 費

※ その他個別でご希望されたサービスについては、その都度実費を頂きます。

※

### (5) 追加的費用

追加費用	サービス内容	料 金
特別食	特別献立及び特別食材	実 費

## 3 付則

この契約書別紙は、平成25年4月1日から実施する。

内容に変更がある場合には、その都度作成することができる。

- 平成 25 年 8 月 1 日 一部改正（サービス提供体制強化加算を追加）
- 平成 26 年 4 月 1 日 一部改正（消費税増税に伴い、料金改定並びに加算追加の為）
- 平成 27 年 4 月 1 日 一部改正（制度改正の為）
- 平成 27 年 8 月 1 日 一部改正（制度改正、介護職員処遇改善加算を追加の為）
- 平成 27 年 12 月 1 日 一部改正（加算の変更の為）

別紙の通り、変更内容について十分な説明を受け、同意します。

平成 年 月 日

事業所 小規模特別養護老人ホームみどりの丘

代表者 理事長 小野 アイコ 印

説明者 職種

氏名

印

<利用者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<代理人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印