【 利 用 料 金 】

介護保険法に定められた基準によります。お支払いいただく料金は下記基本料金A.B及びサービス提供に応じC.Dの合計です。

（A×日数）+（B×日数）+（C×回数）+ D ＝ 利用料金

	居室種別・項目 ＼ 介護度		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
A 保険適用負担分	多床室・従来型個室	介　護　費	446	555	596	665	737	806	874
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（単位）	22	22	22	22	22	22	22
		介護職員処遇改善加算（Ⅰ）＊上2項目に8.3%（単位）	38	47	51	57	62	68	74
		介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）＊上2項目に2.7%（単位）	13	16	17	19	20	22	24
		介護職員等ベースアップ等支援加算＊上2項目に1.6%（単位）	7	9	10	11	12	13	14
		地域加算（1単位10.33円）（円）	5,434	6,702	7,185	7,990	8,818	9,623	10,418
		自己負担日額合計（1割）（円）	**543**	**670**	**718**	**799**	**881**	**962**	**1,041**
		自己負担日額合計（2割）（円）	**1,086**	**1,340**	**1,436**	**1,598**	**1,762**	**1,924**	**2,082**
		自己負担日額合計（3割）（円）	**1,629**	**2,010**	**2,154**	**2,397**	**2,643**	**2,886**	**3,123**

	※ 区 分		第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②	第4段階(標準負担)
B 保険外負担分	多床室	居室使用料	0	370	370	370	855
		食　費	300	600	1,000	1,300	1,445
		自己負担日額合計（円）	**300**	**970**	**1,370**	**1,670**	**2,300**
	従来型個室	居室使用料	320	420	820	820	1,521
		食　費	300	600	1,000	1,300	1,445
		自己負担日額合計（円）	**620**	**1,020**	**1,820**	**2,120**	**2,966**

※第1～3段階に該当する方は市町村に申請し、**「介護保険負担限度額認定証」**の交付を受け、サービスご利用時に窓口へご提出ください。

なお、負担段階の判定、及びその収入金額の判断については市町村の決定に基づきます。

C．送迎加算(必要に応じ実施)　片道２１０円又は４２１円もしくは６３２円

（184単位に処遇改善加算、特定処遇改善加算と地域加算を乗じた額の１割から３割）

D．その他（特別食、行事参加費、理美容費等は、別途料金がかかります）

※端数の処理については、総利用単位数を介護報酬改定に伴い定められた方法で処理を行うため、上記の金額とは多少異なります。