

| ご入居条件                             |           |          |          |             |          |          |           |
|-----------------------------------|-----------|----------|----------|-------------|----------|----------|-----------|
| 介護保険法に定める要支援1から要介護5の認定を受けた方が対象です。 |           |          |          |             |          |          |           |
| ご利用料                              | ※税込（食費8%） |          |          | ※入居金は不要（0円） |          |          | 単位 10.27円 |
|                                   | 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      |
| 居室料                               | 70,000円   |          |          |             |          |          |           |
| 食費                                | 63,540円   |          |          |             |          |          |           |
| 管理料                               | 40,380円   |          |          |             |          |          |           |
| 合計 ①                              | 173,920円  |          |          |             |          |          |           |
| 介護保険自己負担金（1割）②                    | 5,638円    | 9,643円   | 16,699円  | 18,763円     | 20,919円  | 22,922円  | 25,048円   |
| 介護保険自己負担金（2割）③                    | 11,276円   | 19,286円  | 33,398円  | 37,526円     | 41,838円  | 45,844円  | 50,096円   |
| 介護保険自己負担金（3割）④                    | 16,914円   | 28,929円  | 50,097円  | 56,289円     | 62,757円  | 68,766円  | 75,144円   |
| 月額合計（1割負担）①+②                     | 179,558円  | 183,563円 | 190,619円 | 192,683円    | 194,839円 | 196,842円 | 198,968円  |
| 月額合計（2割負担）①+③                     | 185,196円  | 193,206円 | 207,318円 | 211,446円    | 215,758円 | 219,764円 | 224,016円  |
| 月額合計（3割負担）①+④                     | 190,834円  | 202,849円 | 224,017円 | 230,209円    | 236,677円 | 242,686円 | 249,064円  |

●注意 介護保険の自己負担に関して図表は30日の月で計算しています  
※管理費は共用部分の水道光熱費、消耗品費、燃料費等に充当します。  
※介護保険の自己負担金に関して、図表は30日の月で計算しています。

| その他の費用        |             |          |       |      |             |
|---------------|-------------|----------|-------|------|-------------|
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 介護報酬の 11.0% | 加算率とします。 |       |      |             |
| 協力医療機関連携加算1   | 100         | 単位/月     | 自己負担金 | 102円 | 算定届け出施設のみ算定 |
| 協力医療機関連携加算2   | 40          | 単位/月     | 自己負担金 | 41円  | 算定届け出施設のみ算定 |
| 個別機能訓練加算（1）   | 12          | 単位/日     | 自己負担金 | 369円 | 実施者のみ算定     |
| 夜間看護体制加算（2）   | 9           | 単位/日     | 自己負担金 | 277円 | 算定届け出施設のみ算定 |
| 生産性向上体制加算（2）  | 10          | 単位/月     | 自己負担金 | 10円  | 算定届け出施設のみ算定 |

※自己負担金については、30日の月で計算しています。  
※上記は当社で算定している主要な加算のみ記載しています。  
施設で実際に算定している加算については施設へお問合せください。  
※自己負担分は介護負担割合によって異なります

| その他の実費負担分          |   |      |          |
|--------------------|---|------|----------|
| 実費名                | 請求単位                                    | 算定単位 | 備考       |
| 寝具リース代             | 施設・エリアによって異なります。<br>詳しくは施設までお問い合わせください。 |      |          |
| 洗濯代                |   |      |          |
| おむつ代               |   |      |          |
| 居室水光熱負担費用          |   |      |          |
| 預り金手数料             | 1,100円                                  | /月   | 利用した場合のみ |
| ヘルパーサービス（身体介護（同行）） | 1,650円                                  | /時間  | 利用した場合のみ |
| ヘルパーサービス（買物代行）     | 1,100円                                  | /時間  | 利用した場合のみ |

※医療費・お薬代・オムツ代は別途実費請求になります。  
ご不明な点はお気軽に施設にお問い合わせください。