

* 特別養護老人ホーム友愛園 利用料金表 (利用者負担1割の場合) *

【介護保険負担限度額認定証 4 段階】※市民税課税世帯

(円/31 日)

ご本人の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	114,516	117,183	119,965	122,630	125,260
多床室	104,720	107,387	110,169	112,834	115,464
被爆者手帳所持者 (介護度に係らず)	個室 89,656 (1,645 円×31 日+1,231 円×31 日+500 円) 多床室 79,860 (1,645 円×31 日+ 915 円×31 日+500 円)				

【介護保険負担限度額認定証 3 段階②】※年金収入等 120 万円超 (単身 500 万、夫婦 1,500 万)

ご本人の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	99,760	102,427	105,209	107,874	110,504
多床室	85,810	88,477	91,259	93,924	96,554
被爆者手帳所持者 (介護度に係らず)	個室 74,900 (1,420 円×31 日+980 円×31 日+500 円) 多床室 60,950 (1,420 円×31 日+530 円×31 日+500 円)				

【介護保険負担限度額認定証 3 段階①】※年金収入等 82.65 万円超 120 万円以下 (単身 550 万、夫婦 1,550 万)

ご本人の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	73,720	76,387	79,169	81,834	84,464
多床室	59,770	62,437	65,219	67,884	70,514
被爆者手帳所持者 (介護度に係らず)	個室 48,860 (680 円×31 日+880 円×31 日+500 円) 多床室 34,910 (680 円×31 日+430 円×31 日+500 円)				

【介護保険負担限度額認定証 2 段階】※年金収入等 82.65 万円以下 (単身 650 万、夫婦 1,650 万)

ご本人の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
個室	52,330	54,994	57,779	60,444	63,074
多床室	50,780	53,447	56,229	58,894	61,524
被爆者手帳所持者 (介護度に係らず)	個室 27,470 (390 円×31 日+480 円×31 日+500 円) 多床室 25,920 (390 円×31 日+430 円×31 日+500 円)				

※上記の金額は、利用者負担の割合が1割の方の場合です。一定の所得がある方の場合、2割又は3割負担となる場合があります。負担割合は、市町村からの「介護保険負担割合証」でご確認下さい。

※上記の金額は、基本サービス費・居住費・食費・預かり管理料の他、下記の①～⑧の加算が含まれています。

- ① 個別機能訓練加算 ② 日常生活継続支援加算 ③ 看護体制加算Ⅰ □
 ④ 看護体制加算Ⅱ □ ⑤ 協力医療機関連携加算Ⅰ ⑥ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ □
 ⑦ 生産性向上推進体制加算Ⅱ ⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅱ

＜別途かかる費用＞

※＜対象の利用者のみ＞

- ・初期加算 (入所日から30日分が限度・1ヶ月を超える入院後の再入所を含む)
- ・療養食加算、配置医師緊急時対応加算、看取り介護加算、褥瘡マネジメント加算
- ・退所時栄養情報連携加算、退所時情報提供加算、外泊加算
- ・再入所時栄養連携加算、認知症専門ケア加算Ⅰ、安全対策体制加算 (入所時1回限り)

※個人的に使用される電化製品(テレビ・ラジオ等)を使用される場合、1日につき50円の電気使用料をご負担いただきます。