

(別紙) 利用料金表

2024年8月1日改定

リーベおおまち 長期入所 (多床室)

※介護保険負担限度額認定制度 (利用者負担の軽減、日額)

預貯金や収入の額により、下表のとおり居住費と食費が軽減されます。(市町村に申請が必要)

利用者負担段階		居住費 (8/1改定)		食費
		従来型個室	多床室	
基準費用額	第4段階	1,231円	915円	1,670円
要件 (非課税世帯、預貯金等の額が、単身500万円以下、夫婦1500万円以下) で年金収入等が年120万円以上の方。	第3段階 ②	880円	430円	1,360円
要件 (非課税世帯、預貯金等の額が、単身550万円以下、夫婦1550万円以下) で年金収入等が年80万円超120万円以下の方。	第3段階 ①	880円	430円	650円
要件 (非課税世帯、預貯金等の額が、単身650万円以下、夫婦1650万円以下) で年金収入等が年80万円以下の方。	第2段階	480円	430円	390円
要件 ①生活保護世帯、②非課税世帯で預貯金等の額が、単身1000万円以下、夫婦2000万円以下で老齢福祉年金を受給されている方。	第1段階	380円	0円	300円

※利用料軽減制度 (市町村に申請が必要)

- ①高額介護サービス費支給制度 (利用料が一定の上限を超えた場合、保険から払い戻しがあります。)
- ②社会福祉法人等による利用者負担軽減制度 (収入や預貯金が少ない方は利用料の25%軽減が受けられます。)

○多床室料金表 (日額、1割負担の概算額) 月額はお⑩×28~31日 (円)

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
①施設サービス費 4/1改定	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710	
加算内訳	②日常生活継続支援加算 I 360					
	③看護体制加算 I-イ 60					
	④夜勤職員配置加算 I-イ 220					
⑤処遇改善加算 I ①~④×14.0% 6/1改定	914	1,012	1,114	1,212	1,309	
⑥合計金額 ①~⑤計	7,444	8,242	9,074	9,872	10,659	
⑦自己負担分 (⑥の10%)	744	824	907	987	1066	
基準費用額	⑧居住費自己負担分 8/1改定 915					
	⑨食費自己負担分 1,670					
	⑩自己負担額 (日額) ⑦+⑧+⑨	¥3,329	¥3,409	¥3,492	¥3,572	¥3,651
	⑪自己負担額 (月額) ⑩×31日	¥103,199	¥105,679	¥108,252	¥110,732	¥113,181
第3段階 ②	⑧居住費自己負担分 8/1改定 430					
	⑨食費自己負担分 1,360					
	⑩自己負担額 (日額) ⑦+⑧+⑨	¥2,534	¥2,614	¥2,697	¥2,777	¥2,856
	⑪自己負担額 (月額) ⑩×31日	¥78,554	¥81,034	¥83,607	¥86,087	¥88,536
第3段階 ①	⑧居住費自己負担分 8/1改定 430					
	⑨食費自己負担分 650					
	⑩自己負担額 (日額) ⑦+⑧+⑨	¥1,824	¥1,904	¥1,987	¥2,067	¥2,146
	⑪自己負担額 (月額) ⑩×31日	¥56,544	¥59,024	¥61,597	¥64,077	¥66,526

第2段階	⑧居住費自己負担分 8/1改定	430				
	⑨食費自己負担分	390				
	⑩自己負担額(日額) ⑦+⑧+⑨	¥1,564	¥1,644	¥1,727	¥1,807	¥1,886
	⑪自己負担額(月額) ⑩×31日	¥48,484	¥50,964	¥53,537	¥56,017	¥58,466
第1段階	⑧居住費自己負担分 8/1改定	0				
	⑨食費自己負担分	300				
	⑩自己負担額(日額) ⑦+⑧+⑨	¥1,044	¥1,124	¥1,207	¥1,287	¥1,366
	⑪自己負担額(月額) ⑩×31日	¥32,364	¥34,844	¥37,417	¥39,897	¥42,346

○多床室料金表(日額、2割負担の概算額) 月額は⑩×28~31日 (円)

区 分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
⑥合計金額 ①~⑤計		7,444	8,242	9,074	9,872	10,659
⑦自己負担分(⑥の20%)		1,489	1,648	1,815	1,974	2,132
基準費用額	⑧居住費自己負担分 8/1改定	915				
	⑨食費自己負担分	1,670				
	⑩自己負担額(日額) ⑦+⑧+⑨	¥4,074	¥4,233	¥4,400	¥4,559	¥4,717
	⑪自己負担額(月額) ⑩×31日	¥126,294	¥131,223	¥136,400	¥141,329	¥146,227

○多床室料金表(日額、3割負担の概算額) 月額は⑩×28~31日 (円)

区 分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
⑥合計金額 ①~⑤計		7,444	8,242	9,074	9,872	10,659
⑦自己負担分(⑥の30%)		2,233	2,473	2,722	2,962	3,198
基準費用額	⑧居住費自己負担分 8/1改定	915				
	⑨食費自己負担分	1,670				
	⑩自己負担額(日額) ⑦+⑧+⑨	¥4,818	¥5,058	¥5,307	¥5,547	¥5,783
	⑪自己負担額(月額) ⑩×31日	¥149,358	¥156,798	¥164,517	¥171,957	¥179,273

○その他の利用料金について

ご利用内容	金額	備 考
①行事食	1,000円	誕生日、忘新年会、敬老会等での提供
②特殊な献立の提供(献立外、特別食)	差額実費	好み等による代替食提供(通常食事との差額実費)
③喫茶	100円	紅茶、コーヒー、お菓子の提供
④理美容サービス 6/1料金改定	2,400円	3カ月に1回程度(外部業者による散髪)
⑤持ち込み家電の電気代	50円	1日当たり
⑥行事材料費、クラブ活動費	実費	不定期
⑦日用品費(施設で用意した場合)	30円/日	日用品全般(ティッシュ、タオル、手袋、各種ブラ、洗浄剤等)

・日用品は原則ご家族でご用意ください。ご用意できない場合は施設でご用意いたします。

○その他医療費等に関する諸費用(実費)

ご利用内容	金額	備 考
①医療費	実費	当施設の嘱託医は野村クリニックです。
		医療費は利用料と一緒に請求いたします。
②薬代	実費	当施設ははなのき林薬局と提携しております。
		薬局の薬代は利用料と一緒に請求いたします。
③インフルエンザ予防接種	実費	ワクチン代実費をご負担いただきます。
④肺炎球菌ワクチン接種	実費	ワクチン代実費をご負担いただきます。
⑤その他必要に応じた検査費用	実費	血液検査費用など実費をご負担いただきます。