

特別養護老人ホーム 柏柳の里 重要事項説明書(利用料金表)

2021年10月1日より

<介護老人福祉施設>

I. 新規利用者の施設利用料（介護保険1～3割負担分）

基本報酬	多床室/従来型個室(30日あたり)		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護 1	573円(17,190円)	1,146円(34,380円)	1,719円(51,570円)
要介護 2	641円(19,230円)	1,282円(38,460円)	1,923円(57,690円)
要介護 3	712円(21,360円)	1,424円(42,720円)	2,136円(64,080円)
要介護 4	780円(23,400円)	1,560円(46,800円)	2,340円(70,200円)
要介護 5	847円(25,410円)	1,694円(50,820円)	2,541円(76,230円)

II. 加算について（1割負担の場合）

①日常生活継続支援加算 I	1日	36円	
②精神科医療養指導加算	1日	5円	
③看護体制加算 I 口「入所定員30人又は51人以上」	1日	4円	
④看護体制加算 II 口「入所定員30人又は51人以上」	1日	8円	
⑤夜勤職員配置加算 III 口「入所定員51人又は経過的小規模」	1日	16円	
⑥個別機能訓練加算 I	1日	12円	
⑦療養食加算	1回	6円	
⑧看取り介護加算 I	(1)死亡日 45日前～31日前	1日	72円
	(2)死亡日 30日前～4日前	1日	144円
	(3)死亡日 前々日、前日	1日	680円
	(4)死亡日	1日	1,280円
⑨初期加算（新規入所及び1ヶ月以上の入院後、再び入所した場合、30日間加算）	1日	30円	
⑩外泊時費用（入院・外泊当日と帰園日を除く6日間加算）	1日	246円	
⑪安全対策体制加算（入所時に1回を限度として算定）	1回	20円	
⑫介護職員処遇改善加算 I	(基本報酬+各種加算)×8.3%		
⑬介護職員等特定処遇改善加算 I	(基本報酬+各種加算)×2.7%		

※①については、算定要件を満たさない場合、「サービス提供体制強化加算 I (22円/日)」で算定します。

※⑩については、令和3年9月1日以降に新規入所された方を対象に算定します。

※上記以外に加算される場合があります。この場合は改めてご説明いたします。

※これらの金額は、介護報酬の告示上の額に準じます。

III. 高額介護サービス費

(介護保険サービスの自己負担の合計額が一定の上限額を超えた分が払い戻されます。)

区分	負担の上限額(月額)
生活保護受給者・前年の年金の合計収入(+その他の所得)が80万円以下	15,000円/月
前年の年金の合計収入(+その他の所得)が80万円以上で市民税非課税	24,600円/月
市民税課税～課税所得380万円(年収約770万円)未満	44,400円/月
課税所得380万円(年収約770万円)～課税所得690万円(年収約1,160万円)未満	93,000円/月
課税所得690万円(年収約1,160万円)以上	140,100円/月

IV. 利用者負担段階

前年度の住民税が非課税の方は軽減制度の対象となります。

利用者負担段階	対 象 者	預貯金、有価証券等の合計
第1段階	・市町村民税世帯非課税で、老齢福祉年金受給者等 ・生活保護受給者	
第2段階	・本人の前年の合計所得金額＋年金収入額が 80万円以下の方	単身： 650万円以下 夫婦：1, 650万円以下
第3段階①	・本人の前年の合計所得金額＋年金収入額が 80万円超120万円以下の方	単身： 550万円以下 夫婦：1, 550万円以下
第3段階②	・本人の前年の合計所得金額＋年金収入額が 120万円超の方	単身： 500万円以下 夫婦：1, 500万円以下

V. 居住費・食費

利用者負担段階	居 住 費		食 費(30日あたり)
	多床室(30日あたり)	従来型個室(30日あたり)	
基 準	855円(25, 650円)	1, 171円(35, 130円)	1, 445円(43, 350円)
第1段階	0円(0円)	320円(9, 600円)	300円(9, 000円)
第2段階	370円(11, 100円)	420円(12, 600円)	390円(11, 700円)
第3段階①	370円(11, 100円)	820円(24, 600円)	650円(19, 500円)
第3段階②	370円(11, 100円)	820円(24, 600円)	1, 360円(40, 800円)

※入院中の居住費についてはご本人の負担になります。

VI. その他

- ①医療費、衣類等日用品費、本人の嗜好品等をご本人の負担になります。
- ②介護用品にかかる費用は介護費用に含まれています。
※経管栄養及び喀痰吸引に係る衛生材料費はご本人の負担となります。
- ③理容料は実費相当分となります。

事業者より上記内容について説明を受け、同意しました。
この文書が 契約書の別紙(一部)となることについて同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

Ⓜ

身元引受人

住所

氏名

Ⓜ