



特別養護老人ホーム 沼風苑

利用料金の目安

利用者負担 第1段階 本人および世帯全員が市民税非課税で、高齢福祉年金の受給者。生活保護の受給者がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	642	19,902	1174	21,076	216,450	21,645	9,300	0	30,945
	2	709	21,979	1297	23,276	239,044	23,905			33,205
	3	777	24,087	1421	25,508	261,967	26,197			35,497
	4	844	26,164	1544	27,708	284,561	28,457			37,757
	5	909	28,179	1663	29,842	306,477	30,648			39,948
個室	1	683	21,173	1249	22,422	230,273	23,028	9,300	25,420	57,748
	2	749	23,219	1370	24,589	252,529	25,253			59,973
	3	820	25,420	1500	26,920	276,468	27,647			62,367
	4	886	27,466	1620	29,086	298,713	29,872			64,592
	5	952	29,512	1741	31,253	320,968	32,097			66,817



利用者負担 第2段階 本人および世帯全員が市民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の方がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	642	19,902	1174	21,076	216,450	21,645	12,090	9,920	45,205
	2	709	21,979	1297	23,276	239,044	23,905			47,465
	3	777	24,087	1421	25,508	261,967	26,197			49,757
	4	844	26,164	1544	27,708	284,561	28,457			52,017
	5	909	28,179	1663	29,842	306,477	30,648			54,208
個室	1	683	21,173	1249	22,422	230,273	23,028	12,090	25,420	60,538
	2	749	23,219	1370	24,589	252,529	25,253			62,763
	3	820	25,420	1500	26,920	276,468	27,647			65,157
	4	886	27,466	1620	29,086	298,713	29,872			67,382
	5	952	29,512	1741	31,253	320,968	32,097			69,607



利用者負担 第3段階 本人および世帯全員が市民税非課税で、利用者負担段階第2段階以外の方がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	642	19,902	1174	21,076	216,450	21,645	20,150	11,470	53,265
	2	709	21,979	1297	23,276	239,044	23,905			55,525
	3	777	24,087	1421	25,508	261,967	26,197			57,817
	4	844	26,164	1544	27,708	284,561	28,457			60,077
	5	909	28,179	1663	29,842	306,477	30,648			62,268
個室	1	683	21,173	1249	22,422	230,273	23,028	20,150	40,610	83,788
	2	749	23,219	1370	24,589	252,529	25,253			86,013
	3	820	25,420	1500	26,920	276,468	27,647			88,407
	4	886	27,466	1620	29,086	298,713	29,872			90,632
	5	952	29,512	1741	31,253	320,968	32,097			92,857



利用者負担 第4段階 市民税課税の方がこれに該当します。

	要介護度	1日単位数	1ヶ月総単位数	介護職員処遇改善加算	1ヶ月総単位数	1ヶ月総額	1ヶ月自己負担	食費	居住費	月額(31日)
多床室	1	642	19,902	1174	21,076	216,450	21,645	46,500	12,400	80,545
	2	709	21,979	1297	23,276	239,044	23,905			82,805
	3	777	24,087	1421	25,508	261,967	26,197			85,097
	4	844	26,164	1544	27,708	284,561	28,457			87,357
	5	909	28,179	1663	29,842	306,477	30,648			89,548
個室	1	683	21,173	1249	22,422	230,273	23,028	46,500	71,300	140,828
	2	749	23,219	1370	24,589	252,529	25,253			143,053
	3	820	25,420	1500	26,920	276,468	27,647			145,447
	4	886	27,466	1620	29,086	298,713	29,872			147,672
	5	952	29,512	1741	31,253	320,968	32,097			149,897



上記の料金表について・・・

- ☆1日単位数には、看護体制加算(12単位)と日常生活継続支援加算(多床室36単位・個室46単位)が含まれています。
- ☆その他、状況に応じ1日単位数に各種加算が追加される場合がございます。
- ☆1ヶ月総単位数=1日単位数×31
- ☆1ヶ月合計単位数=1ヶ月総単位数+介護職員処遇改善加算
- ☆1ヶ月総額=1ヶ月合計単位数×10.27(小数点以下切り捨て)
- ☆1ヶ月自己負担=1ヶ月総額-(1ヶ月総額×0.9(小数点以下切り捨て))



《その他の料金》

☆以下のサービスは介護保険の基準サービスとはなりませんので、全額がご利用者様の負担となります。

- 1 金銭代行管理 1ヶ月・・・3,000円
- 2 電気代 1ヶ月・・・500円(テレビを使用する場合)
1,000円(冷蔵庫を使用する場合)
その他の電化製品についてはその都度検討致します。お部屋によっては設置できない家電製品もありますのでご了承ください。
- 3 通院・受診(ご希望により、沼風苑の協力病院以外の病院へ受診する場合)
運転手1名・・・1,000円
付添い1名・・・1,000円
看護師1名・・・2,000円
2時間を超える場合、1時間につき500円を加算させていただきます。
- 4 特別なお食事(お酒類を含みます)
ご利用者様のご希望に応じて特別なお食事を提供した場合は、実費をご負担頂きます。
- 5 理美容サービス 月に1回、美容師が出張し、調髪、パーマ、洗髪などの理美容サービスを提供しております。
ご希望の際には、1回につき2,000円の実費をご負担頂きます。
- 6 レクリエーション、クラブ活動
ご利用者様のご希望によりレクリエーションやクラブ活動にご参加頂けます。材料代などはその実費をご負担頂きます。
- 7 複写物の交付
ご利用者様及びご家族様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧することが出来ますが、複写物が必要な場合には1枚につき10円をご負担頂きます。
- 8 日常生活上必要となる諸費用で、ご利用者様にご負担頂くことが適当と思われるものの実費
*オムツ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。
- 9 その他のサービスにつきましても、別途協議しご利用者様にご負担頂く場合がございます。

