

A* 介護保険料金+居住費+食費

介護度	介護保険 負担段階	介護保険 1割負担	食費	居住費	1日分の合計	30日分の合計	
要介護1	第1段階	670	300	880	1,868	56,043	
	第2段階		390	880	1,958	58,743	
	第3段階①		650	1,370	2,708	81,243	
	第3段階②		1,360	1,370	3,418	102,543	
	第4段階		1,800	2,500	4,988	149,643	
	2割負担		1,340	1,800	2,500	5,676	170,285
	3割負担		2,010	1,800	2,500	6,364	190,928
要介護2	第1段階	740	300	880	1,940	58,199	
	第2段階		390	880	2,030	60,899	
	第3段階①		650	1,370	2,780	83,399	
	第3段階②		1,360	1,370	3,490	104,699	
	第4段階		1,800	2,500	5,060	151,799	
	2割負担		1,480	1,800	2,500	5,820	174,599
	3割負担		2,220	1,800	2,500	6,580	197,398
要介護3	第1段階	815	300	880	2,017	60,510	
	第2段階		390	880	2,107	63,210	
	第3段階①		650	1,370	2,857	85,710	
	第3段階②		1,360	1,370	3,567	107,010	
	第4段階		1,800	2,500	5,137	154,110	
	2割負担		1,630	1,800	2,500	5,974	179,220
	3割負担		2,445	1,800	2,500	6,811	204,330
要介護4	第1段階	886	300	880	2,090	62,698	
	第2段階		390	880	2,180	65,398	
	第3段階①		650	1,370	2,930	87,898	
	第3段階②		1,360	1,370	3,640	109,198	
	第4段階		1,800	2,500	5,210	156,298	
	2割負担		1,772	1,800	2,500	6,120	183,595
	3割負担		2,658	1,800	2,500	7,030	210,893
要介護5	第1段階	955	300	880	2,161	64,824	
	第2段階		390	880	2,251	67,524	
	第3段階①		650	1,370	3,001	90,024	
	第3段階②		1,360	1,370	3,711	111,324	
	第4段階		1,800	2,500	5,281	158,424	
	2割負担		1,910	1,800	2,500	6,262	187,847
	3割負担		2,865	1,800	2,500	7,242	217,271

B*実費

医療費（往診・受診・薬代） 医療にかかわる個人物品		実費	☑
理美容代	カット	2,150円	☑
買物代行・嗜好品		実費	☑
インフルエンザ予防接種		実費	☑
電気代		1点70円、2点以上120円/日	☑
介護保険外居室料（入院7日目から算定）		実費	☑

C*加算料金

介護 負担割合	1割負担	4,500	～	5,000
	2割負担	9,000	～	10,000
	3割負担	13,500	～	15,000

ご利用料金の概算は
A利用料計+B個別実費料金+加算料金の合計額となります

加算料金

	加算の種類	加算単位		加算の種類	加算単位
<input type="checkbox"/>	日常生活継続支援加算Ⅰ	36/日	<input checked="" type="checkbox"/>	初期加算	30/日
<input checked="" type="checkbox"/>	日常生活継続支援加算Ⅱ	46/日	<input checked="" type="checkbox"/>	外泊時費用	246/日
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅰ）イ	6/日	<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理加算Ⅰ	90/月
<input type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅰ）ロ	4/日	<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理加算Ⅱ	110/月
<input checked="" type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅱ）イ	13/日	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算Ⅰ	72/日 前31~45日
<input type="checkbox"/>	看護体制加算（Ⅱ）ロ	8/日			144/日 前 4~30日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	22/日			680/日 前 2~3日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13/日			1280/日 死亡日
<input checked="" type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	27/日	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算Ⅱ	72/日 前31~45日
<input type="checkbox"/>	夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	18/日			144/日 前 4~30日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22/日			780/日 前 2~3日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18/日			1580/日 死亡日
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6/日	<input type="checkbox"/>	退所時等相談援助加算	400/1回のみ
<input type="checkbox"/>	生活機能連携加算Ⅰ	100/月	<input type="checkbox"/>	退所後訪問相談援助加算	460/1回のみ
<input type="checkbox"/>	生活機能連携加算Ⅱ	200/月	<input type="checkbox"/>	退所前連携加算	500/1回のみ
<input type="checkbox"/>	自立支援促進加算	300/月	<input type="checkbox"/>	経口移行加算	28/日
<input checked="" type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅰ	12/月	<input type="checkbox"/>	経口維持加算（Ⅰ）	400/月
<input checked="" type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅱ	20/月	<input type="checkbox"/>	経口維持加算（Ⅱ）	100/月
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算Ⅰ	40/月	<input type="checkbox"/>	再入所時栄養連携加算	200/1回のみ
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50/月	<input type="checkbox"/>	在宅復帰支援加算	10/日
<input checked="" type="checkbox"/>	安全対策体制加算 *算定は1回に限る	20/回	<input type="checkbox"/>	若年性認知症入所者受入加算	120/日
<input type="checkbox"/>	ADL維持加算Ⅰ	30/月	<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3/日
<input type="checkbox"/>	ADL維持加算Ⅱ	20/月	<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4/日
<input checked="" type="checkbox"/>	栄養マネジメント強化加算	11/日	<input type="checkbox"/>	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日
<input checked="" type="checkbox"/>	療養食加算	6/月	<input checked="" type="checkbox"/>	排せつ支援加算Ⅰ	10/月
<input checked="" type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3/月	<input type="checkbox"/>	排せつ支援加算Ⅱ	15/月
<input type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13/月	<input type="checkbox"/>	排せつ支援加算Ⅲ	20/月
<input type="checkbox"/>	褥瘡マネジメント加算Ⅲ	10/月	<input checked="" type="checkbox"/>	協力医療機関連携加算	100/月
<input checked="" type="checkbox"/> *1	配置医師緊急時対応加算（時間外）	325/回	<input type="checkbox"/>	退所時情報提供加算	250/回
<input checked="" type="checkbox"/> *2	配置医師緊急時対応加算（早朝夜間）	650/回	<input checked="" type="checkbox"/>	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10/月
<input checked="" type="checkbox"/> *3	配置医師緊急時対応加算（深夜）	1300/回	<input checked="" type="checkbox"/>	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5/月
<input checked="" type="checkbox"/>	自立支援促進加算	280/月	<input type="checkbox"/>	認知症チームケア推進加算Ⅰ	150/月
<input type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅰ	100/月	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症チームケア推進加算Ⅱ	120/月
<input checked="" type="checkbox"/>	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅰ			利用単位数×0.14円/日	

*1*2*3 配置医師緊急時加算について

- ・時間外：嘱託医対応の木曜日14時から16時以外の時間帯
- ・早朝夜間：6時~8時（早朝）18時~22時（夜間）
- ・深夜：22時~6時

サービスのご提供にあたり、本紙面にに基づき、ご利用サービスに関わる費用の説明を行いました。

説明日：令和 年 月 日

【説明者】 住所：埼玉県川越市山田1526-1

事業所：特別養護老人ホームアイリス式番館

代表者職・氏名：生活相談員

伊藤しほ 印

【家族様名】 (続柄)

【利用者様名】