

1.介護保険給付サービス(非課税)

種 類	利用料(自己負担分)
認知症対応型共同生活介護	厚生労働大臣が定める介護報酬の1割

※ 保険給付が償還払いになる場合は全額 ※介護保険負担割合により2割及び3割負担有

基本料金(介護保険給付サービス:非課税)

(単位:円)

要介護状態区分	基本料金	初期加算	利用者負担額(日額)		利用者負担額(月額)	
			入居後30日以内	入居後30日以降	1ヶ月目(30日分)	2ヶ月目以降(30日分)
要支援2	748	30	778	748	23,340	22,440
要介護度1	752	30	782	752	23,460	22,560
要介護度2	787	30	817	787	24,510	23,610
要介護度3	811	30	841	811	25,230	24,330
要介護度4	827	30	857	827	25,710	24,810
要介護度5	844	30	874	844	26,220	25,320
医療連携体制加算	39	-	39	39	1,170	1,170
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	-	6	6	180	180
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数(基本料金)に11.1%を乗じた単位数					
ベースアップ等支援加算	所定単位数(基本料金)に2.3%を乗じた単位数					
上記の介護費に加算						

2.介護保険給付外サービス(課税)

(単位:円)

種 類	利用料(自己負担分)	備 考
食 費	39,000	1ヶ月分(30日)(おやつ代含む)
家賃相当額	24,000	1ヶ月分
運営管理費	11,000	1ヶ月分(水光熱費・共役費等)
オムツ代	実 費	
教養娯楽施設の利用	実 費	
レクリエーション	施設外レクリエーション 実 費	交通費・入場料等

☆利用料金例

利用料金は、(2ヶ月目以降)

(基本料金日額の1割+その他の料金の日額)×利用日数となります。

計算例

要介護1の場合、30日の月で月額 101,113円

※オムツやティッシュボックス等個別の衛生用品は、原則として入居者様の実費精算となります。