

# 特別養護老人ホーム花の里かつぼ 利用者負担金算定例 (月額は、30日/月 で算出)

平成26年 4月

要介護度 1	介護サービス費							介護保険外サービス費				利用者負担金 月額合計 A+B+C	
	介護サービス	日常生活継続支援加算	口腔機能維持管理体制加算	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント加算	計	高額介護サービス負担限度額		食事利用者負担 B		居住費利用者負担 C		
							第1段階	第2段階	日額	月額	日額		月額
月額	198,600	6,900	300	6,900	4,200	216,900	15,000	15,000	300	9,000	0	0	24,000
日額	6,620	230	日額なし	230	140	7,220	15,000	15,000	390	11,700	820	24,600	51,300
							24,600	21,690	650	19,500	1,310	39,300	80,490
							37,200	21,690	1,560	46,800	1,970	59,100	127,590

要介護度 2	介護サービス費							介護保険外サービス費				利用者負担金 月額合計 A+B+C	
	介護サービス	日常生活継続支援加算	口腔機能維持管理体制加算	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント加算	計	高額介護サービス負担限度額		食事利用者負担 B		居住費利用者負担 C		
							第1段階	第2段階	日額	月額	日額		月額
月額	219,900	6,900	300	6,900	4,200	238,200	15,000	15,000	300	9,000	0	0	24,000
日額	7,330	230	日額なし	230	140	7,930	15,000	15,000	390	11,700	820	24,600	51,300
							24,600	23,820	650	19,500	1,310	39,300	82,620
							37,200	23,820	1,560	46,800	1,970	59,100	129,720

要介護度 3	介護サービス費							介護保険外サービス費				利用者負担金 月額合計 A+B+C	
	介護サービス	日常生活継続支援加算	口腔機能維持管理体制加算	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント加算	計	高額介護サービス負担限度額		食事利用者負担 B		居住費利用者負担 C		
							第1段階	第2段階	日額	月額	日額		月額
月額	241,800	6,900	300	6,900	4,200	260,100	15,000	15,000	300	9,000	0	0	24,000
日額	8,060	230	日額なし	230	140	8,660	15,000	15,000	390	11,700	820	24,600	51,300
							24,600	24,600	650	19,500	1,310	39,300	83,400
							37,200	26,010	1,560	46,800	1,970	59,100	131,910

要介護度 4	介護サービス費							介護保険外サービス費				利用者負担金 月額合計 A+B+C	
	介護サービス	日常生活継続支援加算	口腔機能維持管理体制加算	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント加算	計	高額介護サービス負担限度額		食事利用者負担 B		居住費利用者負担 C		
							第1段階	第2段階	日額	月額	日額		月額
月額	262,800	6,900	300	6,900	4,200	281,100	15,000	15,000	300	9,000	0	0	24,000
日額	8,760	230	日額なし	230	140	9,360	15,000	15,000	390	11,700	820	24,600	51,300
							24,600	24,600	650	19,500	1,310	39,300	83,400
							37,200	28,110	1,560	46,800	1,970	59,100	134,010

要介護度 5	介護サービス費							介護保険外サービス費				利用者負担金 月額合計 A+B+C	
	介護サービス	日常生活継続支援加算	口腔機能維持管理体制加算	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント加算	計	高額介護サービス負担限度額		食事利用者負担 B		居住費利用者負担 C		
							第1段階	第2段階	日額	月額	日額		月額
月額	283,800	6,900	300	6,900	4,200	302,100	15,000	15,000	300	9,000	0	0	24,000
日額	9,460	230	日額なし	230	140	10,060	15,000	15,000	390	11,700	820	24,600	51,300
							24,600	24,600	650	19,500	1,310	39,300	83,400
							37,200	30,210	1,560	46,800	1,970	59,100	136,110

※ 上記の費用のほか、ご本人の状況により、若干の加算がある場合がありますので、詳しくは担当職員がご説明いたします。

グループホーム花の里かつぼ 利用者負担金表 (月額は、30日/月 で算出)

要支援2	介護サービス費					食材料費 1000×日	光熱水費 月額	居住費 月額	小計 B	利用者負担金 合計 A+B	
	介護サービス	医療連携 制加算	体	サービス提供 体制加算	計						利用者負担 (10%) A
	236,400		0	3,600	240,000	24,000	30,000	17,000	53,000	100,000	124,000
要介護度 1	介護サービス費					食材料費 1000×日	光熱水費 月額	居住費 月額	小計 B	利用者負担金 合計 A+B	
	介護サービス	医療連携 制加算	体	サービス提供 体制加算	計						利用者負担 (10%) A
	237,600		11,700	3,600	252,900	25,290	30,000	17,000	53,000	100,000	125,290
要介護度 2	介護サービス費					食材料費 1000×日	光熱水費 月額	居住費 月額	小計 B	利用者負担金 合計 A+B	
	介護サービス	医療連携 制加算	体	サービス提供 体制加算	計						利用者負担 (10%) A
	249,000		11,700	3,600	264,300	26,430	30,000	17,000	53,000	100,000	126,430
要介護度 3	介護サービス費					食材料費 1000×日	光熱水費 月額	居住費 月額	小計 B	利用者負担金 合計 A+B	
	介護サービス	医療連携 制加算	体	サービス提供 体制加算	計						利用者負担 (10%) A
	256,500		11,700	3,600	271,800	27,180	30,000	17,000	53,000	100,000	127,180
要介護度 4	介護サービス費					食材料費 1000×日	光熱水費 月額	居住費 月額	小計 B	利用者負担金 合計 A+B	
	介護サービス	医療連携 制加算	体	サービス提供 体制加算	計						利用者負担 (10%) A
	261,600		11,700	3,600	276,900	27,690	30,000	17,000	53,000	100,000	127,690
要介護度 5	介護サービス費					食材料費 1000×日	光熱水費 月額	居住費 月額	小計 B	利用者負担金 合計 A+B	
	介護サービス	医療連携 制加算	体	サービス提供 体制加算	計						利用者負担 (10%) A
	267,000		11,700	3,600	282,300	28,230	30,000	17,000	53,000	100,000	128,230

※ 上記の費用のほか、ご本人の状況により、若干の加算がある場合がありますので、詳しくは担当職員がご説明いたします。

### デイサービス花の里かつぼ 利用者負担金表

当事業の基本提供時間5時間以上～7時間未満の場合 (1回あたりの料金)

要支援1	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,040	500	120	4,660	466	500	500	966	
要支援2	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,270	500	120	4,890	489	500	500	989	
要介護度 1	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,360	500	120	4,980	498	500	500	998	
要介護度 2	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,510	500	120	5,130	513	500	500	1,013	
要介護度 3	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,670	500	120	5,290	529	500	500	1,029	
要介護度 4	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,830	500	120	5,450	545	500	500	1,045	
要介護度 5	介護サービス費					利用者負担 (10%) A	昼食費 (おやつ代 50円含む)	小計 B	利用者負担金 合計 A+B
	サービス利用料	入浴加算	サービス提供加算	計					
	4,990	500	120	5,610	561	500	500	1,061	

※ 上記の費用のほか、ご本人の状況により、若干の加算がある場合がありますので、詳しくは担当職員がご説明いたします。