

# ご利用 料金表 (1割負担)

(一ヶ月あたり30日計算)

平成27年8月1日 改訂

介護度	利用者負担 (介護サービス費)	食費	室料	光熱水費	計
要支援2	22,290円 (1日743円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	87,930円
要介護1	22,410円 (1日747円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	88,050円
要介護2	23,460円 (1日782円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	89,100円
要介護3	24,180円 (1日806円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	89,820円
要介護4	24,660円 (1日822円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	90,300円
要介護5	25,140円 (1日838円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	90,780円
備考		朝食200円 昼食350円 おやつ100円 夕食350円			
理美容代	1回1,000円	ひげ剃り	300円		
おむつ代	パット@16円 紙パンツM@68円 紙パンツLL@73円 アテント夜用(尿取り普通パット)@34円 アテント夜用(尿取り大パット)@45円				
医療連携体制加算	一日につき 39円				
サービス提供体制強化加算	一日につき 18円				
認知症専門ケア加算	一日につき 3円				

◎入居されてから30日間は、1日につき30円の加算があります。

◎敷金・保証金などは一切必要ありません。

◎医療費は別途請求となります。

◎その他の費用として、食材料費その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活に於いて通常必要となる物にかかる費用であって、利用者様に負担して頂く事が適当と認められる費用については、ご連絡の上、利用者様のご負担とさせていただきます。



TEL 088-685-3605

FAX 088-685-3606

# ご利用 料金表 (2割負担)

(一ヶ月あたり30日計算)

平成27年8月1日 改訂

介護度	利用者負担 (介護サービス費)	食費	室料	光熱水費	計
要支援2	44,580円 (1日1,486円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	110,220円
要介護1	44,820円 (1日1,494円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	110,460円
要介護2	46,920円 (1日1,564円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	112,560円
要介護3	48,360円 (1日1,612円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	114,000円
要介護4	49,320円 (1日1,644円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	114,960円
要介護5	50,280円 (1日1,676円)	30,000円 (1日1,000円)	29,160円 (1日972円内税)	6,480円 (1日216円)	115,920円
備考		朝食 200円 昼食 350円 おやつ 100円 夕食 350円			
理美容代	1回 1,000円	ひげ剃り 300円			
おむつ代	パット@16円 紙パンツM@68円 紙パンツLL@73円 アテント夜用(尿取り普通パット)@34円 アテント夜用(尿取り大パット)@45円				
医療連携体制加算					一日につき 78円
サービス提供体制強化加算					一日につき 36円
認知症専門ケア加算					一日につき 6円

◎入居されてから30日間は、1日につき60円の加算があります。

◎敷金・保証金などは一切必要ありません。

◎医療費は別途請求となります。

◎その他の費用として、食材料費その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活に於いて通常必要となる物にかかる費用であって、利用者様に負担して頂く事が適当と認められるの上、利用者の費用については、ご連絡者様のご負担とさせていただきます。

