

介護老人福祉施設　さいたまほほえみの里　利用料金表

2026.8.1改訂

	負担割合	施設利用一部負担※1 (円)	居住費(円)※2		食費(円)※2		日用品費(円)※3	1日当たりの費用	施設利用一部負担※1 (月)	1ヶ月費用 (30日)
要介護 1	1割	937	第1段階	880	第1段階	300	300	2,417	177	72,687
			第2段階	880	第2段階	390		2,507		75,387
			第3段階①	1,370	第3段階①	680		3,287		98,787
			第3段階②	1,470	第3段階②	1,420		4,127		123,987
			2,392		1,645			5,274		158,397
	2割	1,874	2,392		1,645			6,211	353	186,683
	3割	2,810	2,392		1,645			7,147	529	214,939
要介護 2	1割	1026	第1段階	880	第1段階	300		2,506	177	75,357
			第2段階	880	第2段階	390		2,596		78,057
			第3段階①	1,370	第3段階①	680		3,376		101,457
			第3段階②	1,470	第3段階②	1,420		4,216		126,657
			2,392		1,645			5,363		161,067
	2割	2,051	2,392		1,645			6,388	353	191,993
	3割	3,076	2,392		1,645			7,413	529	222,919
要介護 3	1割	1120	第1段階	880	第1段階	300		2,600	177	78,177
			第2段階	880	第2段階	390		2,690		80,877
			第3段階①	1,370	第3段階①	680		3,470		104,277
			第3段階②	1,470	第3段階②	1,420		4,310		129,477
			2,392		1,645			5,457		163,887
	2割	2,239	2,392		1,645			6,576	353	197,633
	3割	3,358	2,392		1,645			7,695	529	231,379
要介護 4	1割	1208	第1段階	880	第1段階	300		2,688	177	80,817
			第2段階	880	第2段階	390		2,778		83,517
			第3段階①	1,370	第3段階①	680		3,558		106,917
			第3段階②	1,470	第3段階②	1,420		4,398		132,117
			2,392		1,645			5,545		166,527
	2割	2,416	2,392		1,645			6,753	353	202,943
	3割	3,624	2,392		1,645			7,961	529	239,359
要介護 5	1割	1295	第1段階	880	第1段階	300		2,775	177	83,427
			第2段階	880	第2段階	390		2,865		86,127
			第3段階①	1,370	第3段階①	680		3,645		109,527
			第3段階②	1,470	第3段階②	1,420		4,485		134,727
			2,392		1,645		5,632	169,137		
	2割	2,589	2,392		1,645		6,926	353	208,133	
	3割	3,884	2,392		1,645		8,221	529	247,159	

※上記料金は概算での参考金額です。裏面の補足説明欄も併せてご確認ください。

補足説明

- | | |
|----|--|
| ※1 | 施設利用一部負担には施設サービス費(基本報酬の単位数)の他、看護体制加算Ⅰ(4単位)及びⅡ(8単位)・夜勤職員配置加算Ⅱ(18単位)・日常生活継続支援加算Ⅱ(46単位)・生産性向上推進体制加算Ⅰ(100単位/月)・科学的介護推進体制加算Ⅰ(40単位/月)介護職員処遇改善加算Ⅰ(17.6%)地域加算(10.68)が含まれております。尚、算定する加算は制度改定や組織体制の変化に伴い、変更となる場合があります。 |
| ※1 | 負担割合(1割～3割)は個人によって異なります。ご利用の際には『介護保険負担割合証』のご提示をお願いいたします。 |
| ※2 | 第1～第3段階は、『介護保険負担限度額認定証』の認定結果により区別されます。尚、あらかじめ保険者(各市区町村)への申請が必要になります。 |
| ※3 | 日用品費は歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤・ボックスティッシュ・ペーパータオル等となります。 |
| 注1 | その他の費用…理美容代(実費)・医療費(診察代・お薬代)・特別な行事等の実費 |