

※ 利用料金

介護保険給付の対象											介護保険給付の対象外				利用料金		
要介護度	基本 施設サービス費	加算									①負担額 (1ヵ月)	利用者 負担段階	食費	居住費	②負担額 (1ヵ月)	1ヵ月合計金額 (①+②)	
		看護体制加算Ⅰ	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	褥瘡マネジメント加算Ⅰ・Ⅱ	科学的介護推進体制加算Ⅱ	介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	介護職員等ベースアップ等支援加算	負担割合							
1	652										1	25,512	2	390	820	36,300	61,812
													3①	650	1,310	58,800	84,312
													3②	1,360	1,310	80,100	105,612
													4	1,480	2,300	113,400	138,912
2	720										1	27,863	2	390	820	36,300	64,163
													3①	650	1,310	58,800	86,663
													3②	1,360	1,310	80,100	107,963
													4	1,480	2,300	113,400	141,263
3	793	4	8	11	3 ・ 13	50	1ヵ月の合計単位数に8.3%を乗じた単位数	1ヵ月の合計単位数に2.3%を乗じた単位数	1ヵ月の合計単位数に1.6%を乗じた単位数		1	30,387	2	390	820	36,300	66,687
													3①	650	1,310	58,800	89,187
													3②	1,360	1,310	80,100	110,487
													4	1,480	2,300	113,400	143,787
4	862										1	32,772	2	390	820	36,300	69,072
													3①	650	1,310	58,800	91,572
													3②	1,360	1,310	80,100	112,872
													4	1,480	2,300	113,400	146,172
5	929										1	35,087	2	390	820	36,300	71,387
													3①	650	1,310	58,800	93,887
													3②	1,360	1,310	80,100	115,187
													4	1,480	2,300	113,400	148,487
単位(1日あたり)		1月あたり									円	円(1日あたり)			円		

- ※ その他、サービスの提供により加算あり。(初期加算30単位、療養食加算6単位/1食あたり、等)
- ※ ①負担額は総単位数に地域単価(10.27円)を乗じた金額の1～3割相当になります。
- ※ 利用者負担額は介護保険負担割合証に記載されている割合相当になります。
- ※ 利用者負担段階は、利用者の方の所得や課税状況等により区分されます。
- ※ 利用料金は1ヵ月を30日として計算した概算です。利用状況により誤差があります。
- ※ おむつ代は含まれていますが、医療費は含まれておりません。

社会福祉法人日光福栄会
 特別養護老人ホーム
 ケアパレス宇都宮式番館
 宇都宮市岩曾町131番地1
 TEL 028-650-0005