

特定施設ガーデンハイツ秀 料金表（介護保険）

サービスを利用した場合の「基本利用料^{※注1}」は以下のとおりであり、「利用者負担額」は原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割もしくは3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

※注1 基本利用料は厚生労働大臣また福山市長が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

1.（介護予防）特定施設入居者生活介護費（1日につき）

ご利用者様の 要介護度	基本利用料 ^{※注1}	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1,830円	183円	366円	549円
要支援2	3,130円	313円	626円	939円
要介護1	5,420円	542円	1,084円	1,626円
要介護2	6,090円	609円	1,218円	1,827円
要介護3	6,790円	679円	1,358円	2,037円
要介護4	7,440円	744円	1,488円	2,232円
要介護5	8,130円	813円	1,626円	2,439円

2. 各種加算

項目	基本利用料 ^{※注1}	利用者負担額			
		1割負担	2割負担	3割負担	
夜間看護体制加算Ⅰ（1日につき）	180円	18円	36円	54円	
退院・退所時連携加算（1日につき）	300円	30円	60円	90円	
個別機能訓練加算Ⅰ（1日につき）	120円	12円	24円	36円	
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ （1月につき）	100円	10円	20円	30円	
看取り介護加算Ⅰ （1日につき）	1	720円	72円	144円	216円
	2	1,440円	144円	288円	432円
	3	6,800円	680円	1,360円	2,040円
	4	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） ^{※1}	1月の利用料金（基本部分+各種加算減算）の12.2%				

※1 当該加算は算定要件を満たした場合。また、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

3. 身体拘束廃止未実施減算（適正に身体拘束廃止をしていない場合、1日につき減算）

ご利用者様の 要介護度	基本利用料 ^{※注1}	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	180円	18円	36円	54円
要支援2	310円	31円	62円	93円
要介護1	542円	54円	108円	162円
要介護2	609円	60円	120円	180円
要介護3	679円	67円	134円	201円
要介護4	744円	74円	148円	222円
要介護5	813円	81円	162円	243円

特定施設ガーデンハイツ秀 料金表

1. 入居費用

特定施設入居者生活介護を契約されている場合		
① 敷金 (入居一時金)	Aタイプ: 120,000円 / B・C・Dタイプ: 150,000円	
② 賃借料	Aタイプ: 34,000円 / B・Cタイプ: 44,000円 Dタイプ: 50,000円	
③ 共益費	A・B・Cタイプ: 30,000円 / Dタイプ: 35,000円	
④ 福祉サービス利用料	実 費	
⑤ 食費 (3食30日ご利用の場合)	17,100円 ~ 50,100円	朝食A: 190円 / B: 380円 / C: 280円 昼食A: 190円 / B: 630円 / C: 530円 夕食A: 190円 / B: 660円 / C: 560円
⑥ おやつ代	50円 / 日	
⑦ 電気代	実 費	
⑧ 介護保険料	実 費 ※要介護度により異なります。	
⑨ 医療費	実 費	
⑩ おむつ代	実 費	
⑪ その他 (嗜好品等)	実 費	
合 計 (② ~ ⑪)	82,600円 ~ 136,600円 + 実費分	

2. サービス付き高齢者向け住宅のみの場合の入居費用

介護認定非該当になった場合及び特段の理由にて特定施設入居者生活介護の契約がなされていない場合		
① 敷金 (入居一時金)	Aタイプ: 120,000円 / B・C・Dタイプ: 150,000円	
② 賃借料	Aタイプ: 34,000円 / B・Cタイプ: 44,000円 Dタイプ: 50,000円	
③ 共益費	A・B・Cタイプ: 30,000円 / Dタイプ: 35,000円	
④ 基礎生活サービス費	5,300円	
⑤ 福祉サービス利用料	実 費	
⑥ 食費 (3食30日ご利用の場合)	17,100円 ~ 50,100円	朝食A: 190円 / B: 380円 / C: 280円 昼食A: 190円 / B: 630円 / C: 530円 夕食A: 190円 / B: 660円 / C: 560円
⑦ おやつ代	50円 / 日	
⑧ 電気代	実 費	
⑨ 介護保険料	実 費 ※ケアプランにより変動があります。	
⑩ 医療費	実 費	
⑪ おむつ代	実 費	
⑫ その他 (嗜好品等)	実 費	
合 計 (② ~ ⑫)	87,900円 ~ 141,900円 + 実費分	

諸料金について説明を受け、同意いたします。

_____ 年 月 日 _____