

## 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護料金表

介護保険の法定利用に基づく負担金額（1日につき、1割の場合） (単位 円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	682	753	828	901	971
日常生活継続支援加算	46				
看護体制加算Ⅰ	12				
看護体制加算Ⅱ	23				
夜勤職員配置加算	46				
介護職員等処遇改善加算 (自己負担割合分の14.0%相当額)	113	123	134	144	154

初期加算（入所日から30日間）	30
看取り介護加算（発生時）	72～1,280
外泊時費用（発生時）	246（1日につき）

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍となります

施設利用料としてご負担いただく金額 (単位 円)

居住費（1日）	2,006
食費（1日）	1,445
日用生活品費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
教養娯楽費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
理美容代	実費

参考（利用者負担段階） (単位 円)

段階	対象者	利用者負担額	
		居住費(日額)	食費(日額)
4	・1～3段階に該当されない方	2,006	1,445
3②	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円以上 ・預貯金金額が、単身500万以下、夫婦1,500万以下	1,310	1,360
3①	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以上120万円以下 ・預貯金金額が、単身550万以下、夫婦1,550万以下	1,310	650
2	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下 ・預貯金金額が、単身650万以下、夫婦1,650万以下	820	390
1	・生活保護受給者 ・高齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税	820	300

※低所得者の該当については市役所にてご確認ください。

※「利用者負担軽減確認証」提示利用者には社会福祉法人減免実施（利用者負担の1/4程度）

1ヶ月（31日）当たりの負担金額（概算） (単位 円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
1割	4段階	135,571	138,080	140,731	143,311	145,784
	3②段階	111,360	113,869	116,520	119,100	121,573
	3①段階	89,350	91,859	94,510	97,090	99,563
	2段階	66,100	68,609	71,260	73,840	76,313
	1段階	63,310	65,819	68,470	71,050	73,523
2割	164,161	169,179	174,480	179,640	184,588	
3割	192,751	200,279	208,230	215,970	223,391	

※別途、医療費・薬代が必要になります

## 短期入所生活介護料金表

令和6年6月1日～

介護保険の法定利用に基づく負担金額（1日につき、1割の場合）

（単位 円）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費	529	656	704	772	847	918	987
看護体制加算Ⅰ	-----		4				
看護体制加算Ⅱ	-----		8				
夜勤職員配置加算	-----		18				
サービス提供体制強化加算	22						
送迎加算（片道）	184						
介護職員等処遇改善加算	自己負担割合分の14.0%相当額						

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍となります

施設利用料としてご負担いただく金額

（単位 円）

滞在費（1日）	2,006
食費（1日）	1,445
日常生活品費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
教養娯楽費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします

参考(利用者負担段階)

（単位 円）

段階	対象者	利用者負担額	
		滞在費(日額)	食費(日額)
4	・1～3段階に該当されない方	2,006	1,445
3②	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円以上 ・預貯金金額が、単身500万以下、夫婦1,500万以下	1,310	1,300
3①	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以上120万円以下 ・預貯金金額が、単身550万以下、夫婦1,550万以下	1,310	1,000
2	・世帯全員が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下 ・預貯金金額が、単身650万以下、夫婦1,650万以下	820	600
1	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税	820	300

※低所得者の該当については市役所にてご確認ください。

1日当たりの負担金額（概算）

（単位 円）

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割	4	4,079	4,224	4,313	4,390	4,476	4,557	4,635
	3②	3,238	3,383	3,472	3,549	3,635	3,716	3,794
	3①	2,938	3,083	3,172	3,249	3,335	3,416	3,494
	2	2,048	2,193	2,282	2,359	2,445	2,526	2,604
	1	1,748	1,893	1,982	2,059	2,145	2,226	2,304
2割		4,707	4,997	5,175	5,330	5,501	5,663	5,820
3割		5,335	5,770	6,037	6,269	6,526	6,768	7,004

## 通所介護料金表

介護保険の法定利用に基づく負担金額（1割の場合）

（単位 円）

通所介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3 時 間 ～ 4 時 間	416	478	540	600	663
4 時 間 ～ 5 時 間	436	501	566	629	695
5 時 間 ～ 6 時 間	657	776	896	1,013	1,134
6 時 間 ～ 7 時 間	678	801	925	1,049	1,172
7 時 間 ～ 8 時 間	753	890	1,032	1,172	1,312
8 時 間 ～ 9 時 間	783	925	1,072	1,220	1,365
入浴介助加算（入浴時）	40				
サービス提供体制強化加算	22				
介護職員等処遇改善加算	自己負担割合分の9.2%相当額				
延長（9時間以上10時間未満）（発生時）	50				
延長（10時間以上11時間未満）（発生時）	100				
延長（11時間以上12時間未満）（発生時）	150				

介護予防・総合事業 （通所型独自サービス）	要支援1・事業対象者 （1ヶ月4回まで）	要支援2・事業対象者 （1ヶ月1回から8回まで）
1 回 数 単 位 （入浴等個別対応あり）	436	447
1 回 数 単 位	349	358
サービス提供体制強化加算 （1ヶ月単位）	88	176
介護職員等処遇改善加算	自己負担割合分の9.2%相当額	

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍となります

施設利用料としてご負担いただく金額

（単位 円）

食費（昼食）	500
おむつ代	実費
日常生活品費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします
教養娯楽費	利用者が個人的に使用を希望する場合実費負担をお願いします