

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				
送迎加算（片道）	184						
介護職員等処遇改善加算	1割負担分の13.6%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	4,052	4,196	4,285	4,362	4,447	4,528	4,606
	3②	3,211	3,355	3,444	3,521	3,606	3,687	3,765
	3①	2,911	3,055	3,144	3,221	3,306	3,387	3,465
	2	2,021	2,165	2,254	2,331	2,416	2,497	2,575
	1	1,721	1,865	1,954	2,031	2,116	2,197	2,275
2割		4,653	4,941	5,119	5,273	5,444	5,605	5,762
3割		5,254	5,687	5,952	6,184	6,440	6,682	6,917

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