

ご利用料金のお見積もり	様
-------------	---

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
介護福祉施設サービス費(Ⅰ)従来型個室	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位
介護福祉施設サービス費(Ⅱ)多床室	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位

加算項目	単位数	算定	備考
日常生活継続支援加算1	36単位/日	○	基本単位数に○の欄が 加算されます。
看護体制加算Ⅰ2	4単位/日	○	
看護体制加算Ⅱ2	8単位/日	○	
夜勤職員配置加算Ⅰ2	13単位/日	○	
生活機能向上連携加算※	100～200単位/月	△	
個別機能訓練加算Ⅰ	12単位/日	○	
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月	○	
若年性認知症入所者受入加算※	120単位/日	△	
精神科医療養指導加算	5単位/日	○	
外泊時費用※	246単位/日	△	
外泊時在宅サービス利用費用※	560単位/日	△	
初期加算※	30単位/日	△	
安全対策体制加算※	20単位/回	△	
再入所時栄養連携加算※	200単位/回	△	
退所前訪問相談援助加算※	460単位/回	△	
退所後訪問相談援助加算※	460単位/回	△	
退所時相談援助加算※	400単位	△	
退所前連携加算※	500単位/回	△	
協力医療機関連携加算※	50単位/月	△	
栄養マネジメント強化加算	11単位/日	○	
経口移行加算※	28単位/日	△	また該当する場合は△の 単位も加算されます。
経口維持加算Ⅰ※	400単位/月	△	
経口維持加算Ⅱ※	100単位/月	△	
口腔衛生管理加算Ⅰ※	90単位/月	△	
口腔衛生管理加算Ⅱ※	110単位/月	△	
療養食加算※	6単位/回	△	
配置医師緊急時対応加算※	325～1300単位	△	
看取り介護加算Ⅰ・Ⅱ※	72～1, 580単位	△	
特別通院送迎加算※	594単位/月	△	
在宅復帰支援機能加算※	10単位/日	△	
在宅入所相互利用加算※	40単位/日	△	
認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ※	3～4単位/日	△	
認知症行動・心理症状緊急対応加算※	200単位/日	△	
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位/月	○	
排せつ支援加算Ⅰ	10単位/月	○	
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40単位/月	○	
科学的介護推進体制加算Ⅱ※	50単位/月	△	
ADL維持等加算Ⅰ※	30単位/月	△	
ADL維持等加算Ⅱ※	60単位/月	△	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10単位/月	○	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ口	(基本単位数＋加算単位数)×176/1000		

ご利用料金

①サービス費自己負担額(1日)		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
〔基本単位数＋加算単位数(※は除く)〕 ×介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ×単価(10.72円)	1割	858円	947円	1,039円	1,127円	1,214円
	2割	1,715円	1,893円	2,078円	2,253円	2,427円
	3割	2,573円	2,840円	3,116円	3,380円	3,641円
②食事に係る自己負担額(1日)						
介護保険負担限度額認定証 第1段階				300円		
介護保険負担限度額認定証 第2段階				390円		
介護保険負担限度額認定証 第3段階		①		680円		
		②		1,420円		
減免等なし 第4段階				1,808円		
③居住費に係る自己負担額:従来型個室(1日)						
介護保険負担限度額認定証 第1段階				380円		
介護保険負担限度額認定証 第2段階				480円		
介護保険負担限度額認定証 第3段階		①		880円		
		②		980円		
減免等なし 第4段階				1,811円		
③居住費に係る自己負担額:多床室(1日)						
介護保険負担限度額認定証 第1段階				0円		
介護保険負担限度額認定証 第2段階				430円		
介護保険負担限度額認定証 第3段階		①		430円		
		②		530円		
減免等なし 第4段階				1,045円		

①施設サービス費	＋	②食費	＋	③居住費	＝	合計利用料(1日)

#介護保険法や関連法令の改定により、金額が変更になることがあります。

#上記の金額は概算です。加算の状況や単位数の計算上、実際の請求とは多少の誤差が発生する場合があります。

#介護保険負担限度額認定証以外の各種減免・減額の認定証(社会福祉法人による利用者負担軽減確認証・横浜市介護サービス自己負担助成証・被爆者助成証等)をお持ちの方については、上記金額が変更になる場合があります。ご利用時に必ずご提出をお願いします。

その他の費用(各個人の日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの等)について	個別選択事項(希望欄に○をつける)		
A.利用者の選択と希望に基づいて、通常の食費では提供困難な材料を使用し 特別な調理を行い提供した場合:実費	希望する	希望しない	本人に まかせる
B.理美容師の出張による施設内でのサービス:実費(カット 2,200円など)	希望する	希望しない	本人に まかせる
C.協力医療機関よりも遠方の病院等へ送迎する場合、および個別・少人数での外出プログラムで 送迎する場合:1kmあたり140円 ※複数で車を使用する場合、料金は折半。	希望する	希望しない	本人に まかせる
D.買い物等代行サービス 職員が対応可能な場合で、当施設指定日以外の買い物代行をした場合:1kmあたり140円	希望する	希望しない	本人に まかせる
E.利用者持ち込みの電気器具の電気代:1点につき月額200円	希望する	希望しない	本人に まかせる
F.利用者が個別に必要とする日常生活消耗品 (施設が用意している以外の特別なもの 衣類・上履き等):実費	希望する	希望しない	本人に まかせる
G.利用者個人の特別な疾患等にかかる医療材料費のうち、医療保険の対象とならないもの:実費	希望する	希望しない	本人に まかせる
H.個別の外出プログラム等の余暇活動に係る経費について:実費 ※付き添い職員に係る経費(食費等)も含む。	希望する	希望しない	本人に まかせる
I.旭中央総合病院・上白根病院・新緑総合病院(その他、協力医療機関)以外の病院付き添いをする場 合、15分あたり450円。 ※基本的には協力医療機関以外の受診の付き添いはご家族でお願いしております。	希望する	希望しない	本人に まかせる

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき利用料金に関する説明を行いました。

事業者 〒241-0802 横浜市旭区上川井町1988 特別養護老人ホーム シャローム横浜

電話 045-922-7333 FAX 045-922-7334

説明者 _____ 印

上記について、説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

身元保証人 _____ 印

特別養護老人ホーム シャローム横浜

ご利用料金 お見積り



あったかいが
いいね

令和 8年 8月 1日版