

小規模多機能型居宅介護 サンブライト上愛宕Ⅲ 利用料金表

R1/10/1

○基本単位数

要介護度	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割負担の方	3,418	6,908	10,364	15,232	22,157	24,454	26,964
2割負担の方	6,836	13,816	20,728	30,464	44,314	48,908	53,928
3割負担の方	10,254	20,724	31,092	45,696	66,471	73,362	80,892

※利用料金(自己負担金)は

該当する単位数に10.17を乗じた数を、負担割合で除した数をご負担いただく料金となります。

加算料金	単位数	算定条件
初期加算	30	1日につき(登録した日から30日間算定)
認知症加算(Ⅰ)	800	1月につき(該当者のみ)
認知症加算(Ⅱ)	500	1月につき(該当者のみ)
看護職員配置加算(Ⅰ)	900	1月につき
総合マネジメント体制強化加算	1,000	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	640	1月につき
訪問体制強化加算	1,000	1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1月につき(該当者のみ)
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の10.2%	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の1.5%	

※利用料金(自己負担金)は、介護負担割合証に記載の負担割合に応じた金額となります。

該当する単位数に10.17を乗じた数を、負担割合で除した数をご負担いただく料金となります。

○その他の費用(実費分負担)

食費	朝食	昼食	夕食
	343	526	526
合計(円)	1,395		

宿泊費	居室料
	個室(水道・光熱・寝具代含む)
合計(円)	2,500

オムツ代	施設分利用の場合	リハビリパンツ 80円	・	シート 40円	・	パット 40円
レクリエーション代	作品材料代					
日用品代	実費					
病院受診代	実費					
理美容代	実費					

※原爆手帳をお持ちの方、生活保護を受給されている方は、基本単位数および加算単位を除いたご金額をご請求いたします。