

小規模多機能ホームせとうちの郷 料金表

(令和6年4月現在)

○基本料金(介護保険負担割合が1割の方)

単位：円／月

要介護度	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
保険費用	35,087	70,905	106,358	156,313	227,391	250,965	276,716
自己負担	3,509	7,091	10,636	15,631	22,739	25,097	27,672

※基本料金は月額となっています。

※介護負担割合が2割、3割の方は上記の料金と異なります。

○加 算

単位：円／月

加 算 項 目	単 価	加 算 項 目	単 価
初期加算(30日まで)	930	看護職員配置加算(Ⅰ)	915
認知症加算(Ⅲ)	773	総合マネジメント加算(Ⅰ)	1,220
認知症加算(Ⅳ)	468	訪問体制強化加算	1,017
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	763	科学的介護推進体制加算	40

看取り連携体制加算(死亡日以前30日以下)	64円／日
介護職員処遇改善加算(利用日数で変動)	所定単位数×10.2%
介護職員特定処遇改善加算(利用日数で変動)	所定単位数×1.5%
介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数×1.7%

○食事の提供(食事代)

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金 朝食390円 昼食550円 おやつ140円 夕食520円

○宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

料金 2,200円/一泊

(月額例)：要介護1の方が通いを週に2日、泊りを月2日利用

基本料金	：	10,636円	加算料金	：	5,496円
朝食代	：	780円(2日)	昼食代	：	4,400円(8日)
おやつ代	：	1,120円(8日)	夕食代	：	1,040円(2日)
宿泊代	：	4,400円(2日)			

合計：27,872円

利用申請書

小規模多機能ホームせとうちの郷 施設長殿

申込者 印

介護保険法による施設利用(小規模多機能)を希望しますので申請します。

申込日		令和 年 月 日	本籍地		都・道・府・県	
本人氏名		フリガナ			性 別	男 ・ 女
生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）				
現住所		〒 電話番号 （ ）				
現在の居所						
緊急連絡先	氏名	続柄（ ） 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）			電 話	
	住所	〒			携 帯	
	氏名	続柄（ ） 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）			電 話	
	住所	〒			携 帯	
利用料支払者		1.本人負担 2.一部縁故者 3.全額縁故者 4.その他（ ）				
家族の状況 （近親者）		氏名	年齢	続柄	住所	電話番号
保険について お手持ちの手帳類について○をしてください。						
健康保険証 介護保険証 老人医療受給者証 被爆者手帳 身体障害者手帳 心身障害者医療費受給資格証 後期高齢者医療被保険者証 減額認定証						
年金について ご本人様が受給している年金の種類に○をしてください。						
国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 恩給 その他						
その他該当するものがありましたら○をしてください。						
市町村民税非課税 生活保護						
入居希望理由						

☐施設処理欄

受付者		受付年月日	令和	年	月	日	入力の有無	
-----	--	-------	----	---	---	---	-------	--