小規模多機能ホームせとうち 料金表

○基本料金(介護保険負担割合が1割の方)

単位：円

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	34,380	69,480	104,230	153,180	222,830	245,930	271,170
自己負担	3,438	6,948	10,423	15,318	22,283	24,593	27,117

※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

加算項目	単価	加算項目	単価
初期加算(30日まで)	900	看護職員配置加算(I)	900
認知症加算(I)	800	総合マネジメント加算	1,000
認知症加算(II)	500	訪問体制強化加算	1,000
サービス提供体制強化加算(I)	750	サービス提供体制強化加算(II)	640

看取り連携体制加算(死亡日以前30日以下)	64円/日
科学的介護推進体制加算	40円/月
介護職員処遇改善加算	所定単位数×10.2%
介護職員特定処遇改善加算	所定単位数×1.5%
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数×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

(例)：要介護2の方が通いを2回(昼食+おやつ)/週、泊りを2回/月 利用した場合の月額例

基本料金	： 15,318円	加算料金	： 4,340円
朝食代	： 780円(泊り時)	昼食代	： 4,400円
夕食代	： 1,040円(泊り時)	おやつ代	： 1,120円
宿泊代	： 4,400円		

合計：31,398円(月額)

利用申請書

小規模多機能ホームせとうち 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()	電話		
		明・大・昭 年 月 日生(歳)			
	住所	〒	携帯		
	氏名	続柄()	電話		
		明・大・昭 年 月 日生(歳)			
	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	
-----	--	-------	----------	-------	--