

〈 地域密着型特別養護老人ホーム リバーサイド中広 利用料金一覧表 〉

月の利用料金(概算)は以下のとおりとなります。(単位はいずれも円)

○介護サービス費(1割負担)・・・①

利用者負担 段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1	25,201	25,201	25,201	25,201	25,201
	829	829	829	829	829
要介護2	27,390	27,390	27,390	27,390	27,390
	901	901	901	901	901
要介護3	29,700	29,700	29,700	29,700	29,700
	977	977	977	977	977
要介護4	31,980	31,980	31,980	31,980	31,980
	1,052	1,052	1,052	1,052	1,052
要介護5	34,139	34,139	34,139	34,139	34,139
	1,123	1,123	1,123	1,123	1,123

○居住費及び食費(食材料費、調理費相当)・・・②

\*下段:一日あたり/要介護度に関わらず共通

利用者負担 段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
居住費	24,928	24,928	39,824	39,824	85,120
	820	820	1,310	1,310	2,800
食費	9,120	11,856	19,760	41,344	48,640
	300	390	650	1,360	1,600

○合計・・・①+②

利用者負担 段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1	59,249	61,985	84,785	106,369	158,961
要介護2	61,438	64,174	86,974	108,558	161,150
要介護3	63,748	66,484	89,284	110,868	163,460
要介護4	66,028	68,764	91,564	113,148	165,740
要介護5	68,187	70,923	93,723	115,307	167,899

○上記料金は、令和3年8月1日時点の料金です。

○利用者負担段階の収入の目安については裏面をごらんください。

○上記料金には、看護体制加算・サービス提供体制加算・精神科医療養指導加算が含まれております。その他職員配置状況による加算が、14円～73円(いずれも一日あたり)上乗せとなる場合があります。

○上記料金には、療養食加算(19円/日)は含まれておりません。入所様の栄養状態に応じて主治医発行の食事箋に基づき、管理栄養士の計画により療養食を提供した場合加算されます。

○理美容・クラブ活動等を希望によりご利用された場合には、別途実費をご負担いただきます。

○被爆者健康手帳をお持ちの方は介護サービス費のみ無料となります。

## (利用者負担段階の収入の目安)

居住費及び食費については、属する世帯の住民税課税の状況や入所希望者の収入に応じて、1日あたりの負担上限額が決められております。

目安となる収入については以下の表のとおりです。

\*この負担段階については、本人が属する自治体に申請を行い毎年見直しが行われます。  
よって、入所途中で 段階が上下する事があります。

区 分	対 象 者	
利用者負担第1段階	市 町 村 民 税 非 課 税  世 帯 全 員 が	生活保護受給者
		老齢福祉年金受給者
前年の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下でかつ預貯金合計650万円（配偶者有の場合は1,650万円）以下の方		
利用者負担第2段階		前年の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上120万円以下でかつ預貯金合計650万円（配偶者有の場合は1,650万円）以下の方
利用者負担第3段階①		前年の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円以上でかつ預貯金合計650万円（配偶者有の場合は1,650万円）以下の方
利用者負担第3段階②	上記以外の方	
利用者負担第4段階		