

# 平成27年度 ケアハウスかざはや苑 料金表

1割負担

当施設では、以下の料金をご負担いただいております。

(31日で計算)

介護保険利用料金(月額)	要介護度	介護利用型	自立型
	要支援1 (179単位)/日	6,742円	/
	要支援2 (308単位)/日	11,099円	
	要介護1 (533単位)/日	19,747円	
	要介護2 (597単位)/日	22,044円	
	要介護3 (666単位)/日	24,510円	
	要介護4 (730単位)/日	26,807円	
	要介護5 (798単位)/日	29,205円	

※上記金額は、各種加算・地域区分(6級地:1単位=10.27円)適応済みの、1割負担額となります。

2割負担の方は、上記金額とは異なります。なお、負担率は「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※各種加算とは医療連携加算(80単位/月)・サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(18単位/日)・職員処遇改善加算Ⅰ(基本単位+加算×6.1%)を指します。

基本利用料(月額)	前年分年間収入額	介護利用型	自立型	
	1	1,500,000円以下	79,490円	
	2	1,500,001～1,600,000円	82,490円	
	3	1,600,001～1,700,000円	85,490円	
	4	1,700,001～1,800,000円	88,490円	
	5	1,800,001～1,900,000円	91,490円	
	6	1,900,001～2,000,000円	94,490円	
	7	2,000,001～2,100,000円	99,490円	
	8	2,100,001～2,200,000円	104,490円	
	9	2,200,001～2,300,000円	108,390円	109,490円
	10	2,300,001～2,400,000円		114,490円
	11	2,400,001～2,500,000円		119,490円
	12	2,500,001～2,600,000円		126,490円
	13	2,600,001～2,700,000円		133,490円
	14	2,700,001～2,800,000円		140,490円
	15	2,800,001円以上		141,890円

※上記金額には冬季加算(11月～3月:2,129円)は含まれておりません。

# 平成27年度 ケアハウスかざはや苑 料金表

2割負担

当施設では、以下の料金をご負担いただいております。

(31日で計算)

介護保険利用料金(月額)	要介護度	介護利用型	自立型
	要支援1 (179単位)/日	13,483円	/
	要支援2 (308単位)/日	22,198円	
	要介護1 (533単位)/日	39,493円	
	要介護2 (597単位)/日	44,087円	
	要介護3 (666単位)/日	49,019円	
	要介護4 (730単位)/日	53,614円	
	要介護5 (798単位)/日	58,410円	

※上記金額は、各種加算・地域区分(6級地:1単位=10.27円)適応済みの、2割負担額となります。

1割負担の方は、上記金額とは異なります。なお、負担率は「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※各種加算とは医療連携加算(80単位/月)・サービス提供体制強化加算I(イ)(18単位/日)・職員処遇改善加算(I)(基本単位+加算×6.1%)を指します。

基本利用料(月額)	前年分年間収入額	介護利用型	自立型	
	1	1,500,000円以下	79,490円	
	2	1,500,001～1,600,000円	82,490円	
	3	1,600,001～1,700,000円	85,490円	
	4	1,700,001～1,800,000円	88,490円	
	5	1,800,001～1,900,000円	91,490円	
	6	1,900,001～2,000,000円	94,490円	
	7	2,000,001～2,100,000円	99,490円	
	8	2,100,001～2,200,000円	104,490円	
	9	2,200,001～2,300,000円	108,390円	109,490円
	10	2,300,001～2,400,000円		114,490円
	11	2,400,001～2,500,000円		119,490円
	12	2,500,001～2,600,000円		126,490円
	13	2,600,001～2,700,000円		133,490円
	14	2,700,001～2,800,000円		140,490円
	15	2,800,001円以上		141,890円

※上記金額には冬季加算(11月～3月:2,129円)は含まれておりません。

その他実費

項目	費用	説明	介護 利用型	自立型
居室で使用した電気代	実費	メーターによる実費を負担いただきます。	○	○
居室で使用した水道代	実費	メーターによる実費を負担いただきます。	○	○
イベント・教養娯楽費	3,000円 (月額)	レクリエーションや日々の行事等で発生する材料費・特別な食材費等の使用します。	○	○
共用消耗品費	50円 (日額)	施設で行う一般的な洗濯や、施設の共有部分で使用する消耗品等にかかる費用です。クリーニングは別途費用が発生します。	○	対象外
冷蔵庫リース料	1,000円 (月額)	日割り計算対象外 希望者は申し出てください(申請書記入)	○	○
くもん学習療法教材費	2,160円 (月額)	日割り計算対象外 希望者は申し出てください(申請書記入)	○	○
理容・美容	実費	訪問理美容業者へ実費支払いとなります。 月2回訪問、事前申し込み必要	○	○
医療材料費	実費	日常的な医療材料(ガーゼ等一般処置材料品)の実費をご負担頂きます。	○	○
嘱託医等往診費用	実費	嘱託医・訪問歯科診察費用および緊急時職員付き添いによる通院費用 (診察・往診・検査・治療・薬品費用・病院駐車場代金)	○	○
送迎費用	1,000円 (片道)	私的な外出・外泊及び受診の送迎費用です。送迎の範囲は旧久居市内および津市中央周辺部に限ります。(付添い含む)	○	○
おむつ代	実費	使用した実費をご負担いただきます。	○	○
水分補給ゼリー とろみ材料(嚥下補助剤)	実費	使用した実費をご負担いただきます。	○	○
ゲストルーム	3,000円 (1泊)	家族・親戚・友人等の宿泊は、食事の有無と合わせて事前に申請を行なってください。 ※食事代：朝食(250円)・昼/夕食(各300円) ※本人居室にて宿泊する場合は、ゲストルーム費用は不要です。寝具貸出代(500円/1回)をご負担いただきます。	○	○
家族風呂	200円 (1回)	7階家族風呂使用、一回あたりの請求となります。事前に申請を行なってください。	○	○
固定電話代	実費 (直接契約)	個人でNTTとの直接契約/支払いとなります。	○	○
新聞代	実費 (直接契約)	個人で各新聞取扱店との直接契約/支払いとなります。	○	○
インフルエンザ等の予防接種	実費	実費をご負担いただきます。	○	○
コインランドリー	実費	洗濯機 200円/回 乾燥機 100円/30分 ※施設での一般的な洗濯以外に洗濯を希望する場合	○	○
寝具(マット)のクリーニング	3,780円	尿失禁等により、著しい汚染があり、寝具リース業者にてクリーニングが必要になった場合	○	○