

入所者利用料金一覧表（介護保険負担割合証 1 割の方）

基本料金 { 1 ヶ月 (30 日) あたり }

令和 8 年 8 月 1 日 現在

- ① 施設利用料 ① (一) ユニット型介護福祉施設サービス費<ユニット型個室> (介護 1=670 単位、介護 2=740 単位、介護 3=815 単位、介護 4=886 単位、介護 5=955 単位) ② 日常生活継続支援加算 (1 日 46 単位) ③ 看護体制加算【Ⅰ】、【Ⅱ】 (1 日 12 単位) ④ 個別機能訓練加算【Ⅰ】 (1 日 12 単位) ⑤ 夜勤職員配置加算Ⅳロ (1 日 21 単位) ⑥ 口腔衛生管理加算【Ⅰ】 (1 月 90 単位) ⑦ 介護職員等処遇改善加算Ⅰイ (1 月につき { 所定単位×163/1000 単位 } 所定単位とは上記①から⑥と⑧の単位数の合計) ⑧ 安全対策体制加算 入所者 1 人につき 1 回を限度として 20 単位を算定
- 【単位数に 10.14 円を乗じた金額の 1 割が利用者負担の金額となります。】

- ② 食事代 1 日 1, 5 4 5 円 (利用者負担段階による金額、不足額は保険給付で補われます。)
- ③ 居住費 1 日 2, 0 6 6 円 (利用者負担段階による金額、不足額は保険給付で補われます。)
- ④ 事務代行及び行政手続代行費 1 ヶ月 1, 0 0 0 円

	利用者負担第 1 段階		利用者負担第 2 段階		利用者負担第 3 段階①		利用者負担第 3 段階②		利用者負担第 4 段階	
	市町村民税非課税世帯で老齢福祉年金を受給されている方 生活保護を受給されている方		市町村民税非課税世帯の方で合計所得金額と課税年金収入の合計が 80 万円以下の方など		市町村民税非課税世帯の方で左記の第 2 段階以外の方 (合計所得金額と課税年金収入の合計額が 80 万円超 120 万円以下の方など)		市町村民税非課税世帯の方で左記の第 2 段階以外の方 (合計所得金額と課税年金収入の合計額が 120 万円超の方など)		左記以外の方	
	1 日あたり	1 ヶ月あたり	1 日あたり	1 ヶ月あたり	1 日あたり	1 ヶ月あたり	1 日あたり	1 ヶ月あたり	1 日あたり	1 ヶ月あたり
要介護度 1	① 902 円	27, 030 円	① 902 円	27, 030 円	① 902 円	27, 030 円	① 902 円	27, 030 円	① 902 円	27, 030 円
	② 300 円	9, 000 円	② 390 円	11, 700 円	② 680 円	20, 400 円	② 1, 420 円	42, 600 円	② 1, 545 円	46, 350 円
	③ 880 円	26, 400 円	③ 880 円	26, 400 円	③ 1, 370 円	41, 100 円	③ 1, 470 円	44, 100 円	③ 2, 066 円	61, 980 円
	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円
	合 計	63, 430 円	合 計	66, 130 円	合 計	89, 530 円	合 計	114, 730 円	合 計	136, 360 円
要介護度 2	① 984 円	29, 506 円	① 984 円	29, 506 円	① 984 円	29, 506 円	① 984 円	29, 506 円	① 984 円	29, 506 円
	② 300 円	9, 000 円	② 390 円	11, 700 円	② 680 円	20, 400 円	② 1, 420 円	42, 600 円	② 1, 545 円	46, 350 円
	③ 880 円	26, 400 円	③ 880 円	26, 400 円	③ 1, 370 円	41, 100 円	③ 1, 470 円	44, 100 円	③ 2, 066 円	61, 980 円
	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円
	合 計	65, 906 円	合 計	68, 606 円	合 計	92, 006 円	合 計	117, 206 円	合 計	138, 836 円
要介護度 3	① 1, 072 円	32, 159 円	① 1, 072 円	32, 159 円	① 1, 072 円	32, 159 円	① 1, 072 円	32, 159 円	① 1, 072 円	32, 159 円
	② 300 円	9, 000 円	② 390 円	11, 700 円	② 680 円	20, 400 円	② 1, 420 円	42, 600 円	② 1, 545 円	46, 350 円
	③ 880 円	26, 400 円	③ 880 円	26, 400 円	③ 1, 370 円	41, 100 円	③ 1, 470 円	44, 100 円	③ 2, 066 円	61, 980 円
	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円
	合 計	68, 559 円	合 計	71, 259 円	合 計	94, 659 円	合 計	119, 859 円	合 計	141, 489 円
要介護度 4	① 1, 156 円	34, 671 円	① 1, 156 円	34, 671 円	① 1, 156 円	34, 671 円	① 1, 156 円	34, 671 円	① 1, 156 円	34, 671 円
	② 300 円	9, 000 円	② 390 円	11, 700 円	② 680 円	20, 400 円	② 1, 420 円	42, 600 円	② 1, 545 円	46, 350 円
	③ 880 円	26, 400 円	③ 880 円	26, 400 円	③ 1, 370 円	41, 100 円	③ 1, 470 円	44, 100 円	③ 2, 066 円	61, 980 円
	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円
	合 計	71, 071 円	合 計	73, 771 円	合 計	97, 171 円	合 計	122, 371 円	合 計	144, 001 円
要介護度 5	① 1, 237 円	37, 113 円	① 1, 237 円	37, 113 円	① 1, 237 円	37, 113 円	① 1, 237 円	37, 113 円	① 1, 237 円	37, 113 円
	② 300 円	9, 000 円	② 390 円	11, 700 円	② 680 円	20, 400 円	② 1, 420 円	42, 600 円	② 1, 545 円	46, 350 円
	③ 880 円	26, 400 円	③ 880 円	26, 400 円	③ 1, 370 円	41, 100 円	③ 1, 470 円	44, 100 円	③ 2, 066 円	61, 980 円
	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円	④	1, 000 円
	合 計	73, 513 円	合 計	76, 213 円	合 計	99, 613 円	合 計	124, 813 円	合 計	146, 443 円

(上記説明)

- * 函南町は地域区分が「7 級地」であるため、単位数に 10.14 円を乗じた金額が料金となり、自己負担は、その料金の 1 割です。
- * 上記料金は、1 日と 1 ヶ月あたりの目安を表示したものです。1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生ずる場合があります。
- * 利用者負担段階については、介護保険証の保険者である市町村に「介護保険負担限度額認定証」の申請をしていただくことになります。
- 詳細については各市町村へお尋ね下さい。「介護保険負担限度額認定証」の認定が無い場合には利用者負担第 4 段階の利用者負担額のお支払いをしていただくようになります。
- * ただし入所後 30 日間に限り、上記料金に 1 日 30 単位の割増となります。
- * 入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱いについては 1 回の入院又は外泊で 1 月に 6 日を限度に、月をまたがる場合は最大で連続 12 日を限度に費用 (1 日 246 単位) をいただきます。それ以降の期間については通常の居住費をいただきます。
- * 自立・要支援と判定された方で入所を希望される場合、別途相談に応じます。

その他の主な料金

- ・理美容代 実費 ・私物クリーニング代 実費 ・行事参加費 入場料等実費
- ・おやつ代 実費 ・行事食 実費

上記は自己負担となります

社会福祉法人 日本民生福祉協会
特別養護老人ホーム みどりが丘ホーム

入所者利用料金一覧表 (介護保険負担割合証 2 割・3 割の方)

基本料金 {1ヶ月 (30日) あたり}

令和8年8月1日現在

- ① 施設利用料
- ① (一) ユニット型介護福祉施設サービス費<ユニット型個室> (介護 1=670 単位,介護 2=740 単位,介護 3=815 単位
介護 4=886 単位, 介護 5=955 単位) ②日常生活継続支援加算 (1 日 46 単位) ③看護体制加算【Ⅰ】、【Ⅱ】(1 日 12 単位)
④個別機能訓練加算【Ⅰ】(1 日 12 単位) ⑤夜勤職員配置加算Ⅳロ (1 日 21 単位)
⑥口腔衛生管理加算【Ⅰ】(1 月 90 単位)
⑦介護職員等処遇改善加算Ⅰイ (1 月につき {所定単位×163/1000 単位} 所定単位とは上記①から⑥と⑧の単位数の合計)
⑧安全対策体制加算 入所者 1 人つき 1 回を限度として 20 単位を算定
【単位数に 10.14 円を乗じた金額の 1 割が利用者負担の金額となります。】
- ② 食事代 1 日 1, 5 4 5 円 (利用者負担段階による金額、不足額は保険給付で補われます。)
- ③ 居住費 1 日 2, 0 6 6 円 (利用者負担段階による金額、不足額は保険給付で補われます。)
- ④ 事務代行及び行政手続代行費 1 ヶ月 1, 0 0 0 円

	介護保険負担割合証 2 割の方		介護保険負担割合証 3 割の方	
	利用者負担第 4 段階		利用者負担第 4 段階	
	1 日あたり	1 ヶ月あたり	1 日あたり	1 ヶ月あたり
要介護度 1	① 1, 8 0 3 円	5 4, 0 5 9 円	① 2, 7 0 5 円	8 1, 0 8 8 円
	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円
	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円
	④	1, 0 0 0 円	④	1, 0 0 0 円
	合 計	1 6 3, 3 8 9 円	合 計	1 9 0, 4 1 8 円
要介護度 2	① 1, 9 6 7 円	5 9, 0 1 1 円	① 2, 9 5 1 円	8 8, 5 1 6 円
	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円
	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円
	④	1, 0 0 0 円	④	1, 0 0 0 円
	合 計	1 6 8, 3 4 1 円	合 計	1 9 7, 8 4 6 円
要介護度 3	① 2, 1 4 4 円	6 4, 3 1 8 円	① 3, 2 1 6 円	9 6, 4 7 7 円
	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円
	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円
	④	1, 0 0 0 円	④	1, 0 0 0 円
	合 計	1 7 3, 6 4 8 円	合 計	2 0 5, 8 0 7 円
要介護度 4	① 2, 3 1 2 円	6 9, 3 4 2 円	① 3, 4 6 8 円	1 0 4, 0 1 2 円
	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円
	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円
	④	1, 0 0 0 円	④	1, 0 0 0 円
	合 計	1 7 8, 6 7 2 円	合 計	2 1 3, 3 4 2 円
要介護度 5	① 2, 4 7 4 円	7 4, 2 2 5 円	① 3, 7 1 1 円	1 1 1, 3 3 8 円
	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円	② 1, 5 4 5 円	4 6, 3 5 0 円
	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円	③ 2, 0 6 6 円	6 1, 9 8 0 円
	④	1, 0 0 0 円	④	1, 0 0 0 円
	合 計	1 8 3, 5 5 5 円	合 計	2 2 0, 6 6 8 円

(上記説明)

- * 函南町は地域区分が「7 級地」であるため、単位数に 10.14 円を乗じた金額が料金となり、自己負担は、その料金の 2 割又は 3 割です。
- * 上記料金は、1 日と 1 ヶ月あたりの目安を表示したものです。1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生ずる場合があります。
- * ただし入所後 30 日間に限り、上記料金に 1 日 30 単位の割増となります。
- * 入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱いについては 1 回の入院又は外泊で 1 月に 6 日を限度に、月をまたがる場合は最大で連続 12 日を限度に費用 (1 日 246 単位) をいただきます。それ以降の期間については通常の居住費をいただきます。
- * 自立・要支援と判定された方で入所を希望される場合、別途相談に応じます。

その他の主な料金

- | | | | | | |
|-------|----|------------|----|--------|--------|
| ・理美容代 | 実費 | ・私物クリーニング代 | 実費 | ・行事参加費 | 入場料等実費 |
| ・おやつ代 | 実費 | ・行事食 | 実費 | | |

上記は自己負担となります

社会福祉法人 日本民生福祉協会
特別養護老人ホーム みどりが丘ホーム