

令和3年8月1日以降

小規模多機能型居宅介護「まつば」 利用料金表（概算）

1割負担者様用

(単位=円)

|      | 介護保険対象サービス |               |            |          |          | 介護職員処遇改善加算<br>(対象合計×10.2%) | 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ<br>(対象合計×1.2%) | 特別地域小規模多機能型居宅介護加算<br>(対象合計×) | (1割ご負担)<br>① | 介護保険対象外サービス<br>(全額ご負担) |                            |     | 参考例A                  | 参考例B                                    | 参考例C   | 高額介護サービス費   |
|------|------------|---------------|------------|----------|----------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------|----------------------------|-----|-----------------------|---|--------|---|
|      | 基本料金       | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 総合マネジメント加算 | 看護職員配置加算 | 訪問体制強化加算 |                            |                               |                              |              | 宿泊費                    | 食費1食                       | おやつ | 週3回通う場合<br>朝食622円×12回 | 毎週3泊する場合<br>食事1日1,445円×12日+宿泊2,006円×12日 | 毎日訪問   |   |
|      |            |               |            |          |          |                            |                               |                              |              | ②                      | ③                          | ④   | ①+A                   | ①+B                                     | ①+C    |   |
| 要支援1 | 3,438      | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 702                        | 82                            | 10                           | 7,682        | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 15,146                | 49,094                                  | 7,682  | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |
| 要支援2 | 6,948      | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 1,060                      | 124                           | 15                           | 11,597       | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 19,061                | 53,009                                  | 11,597 | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |
| 要介護1 | 10,423     | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 1,415                      | 166                           | 20                           | 15,474       | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 22,938                | 56,886                                  | 15,474 | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |
| 要介護2 | 15,318     | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 1,914                      | 225                           | 28                           | 20,935       | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 28,399                | 62,347                                  | 20,935 | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |
| 要介護3 | 22,283     | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 2,624                      | 308                           | 38                           | 28,703       | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 36,167                | 70,115                                  | 28,703 | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |
| 要介護4 | 24,593     | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 2,860                      | 336                           | 42                           | 31,281       | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 38,745                | 72,693                                  | 31,281 | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |
| 要介護5 | 27,117     | 750           | 1,000      | 700      | 1,000    | 3,117                      | 366                           | 45                           | 34,095       | 2,006                  | 朝食303円<br>昼食622円<br>夕食520円 | 100 | 41,559                | 75,507                                  | 34,095 | 介護保険対象合計額①の金額の1カ月合計額が基準額を超えた場合は超えた分が戻ってきます。基準額は下記のとおり |

注: 介護職員処遇改善加算は介護保険対象合計額の1月分の料金に10.2%の加算を行うため、実際の一か月の利用料金は上記の表とはわずかに異なる場合があります。

注: 介護職員等特定処遇改善加算は介護保険対象合計額の1月分の料金に1.2%の加算を行うため、実際の一か月の利用料金は上記の表とはわずかに異なる場合があります。

その他の加算額 一例 (該当時にのみ発生いたします)

|        |  |        |  |                                      |
|--------|--|--------|--|--------------------------------------|
| 初期加算   |  | 日 30円  |  | 30日間を限度といたします。                       |
| 認知症加算Ⅰ |  | ヶ月800円 |  | 主治医意見書の認知症高齢者日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方 |
| 認知症加算Ⅱ |  | ヶ月500円 |  | 要介護度2で、認知症高齢者日常生活自立度のランクⅡに該当する方      |

注: その他、様々な加算があります。該当時に個別にご連絡いたします。

※1回あたりの食費(朝食303円、昼食622円、夕食520円)となります。また宿泊費は2,006円となります。

※おやつ代は1回100円となります。

※サービス提供外(上土幌町以外)への送迎及び訪問について1kmにつき40円かかります。

※サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者負担させることが適当と認められる費用(理・美容代、教養娯楽費、外出時の買い物等)は、利用者負担となります。

高額介護サービス費

(介護保険対象額(1割ご負担分)が基準額を超えた場合は申請により払い戻しを受ける事ができます)

生活保護受給者の方=基準額15,000円

年金収入80万円以下の方=基準額15,000円

住民税非課税世帯の方=基準額24,600円

世帯のどなたかが住民税を課税されている世帯の方=基準額37,200円

課税所得が145万円以上で年収が単身383万円以上か2人以上520万円以上の方=基準額44,400円

\*該当になる方は市町村より案内が届きます。詳細につきましては市町村窓口へ御相談ください。

