

特別養護老人ホーム概算利用料金表(月額)(ユニット型個室)(介護保険負担割合1割の方の場合)

R3.4~

	負担限度額認定 第2段階	負担限度額認定 第3段階①	負担限度額認定 第3段階②	負担限度額認定対象外 第4段階
(要介護1)	63,000円	86,000円	107,000円	137,000円
(要介護2)	66,000円	88,000円	110,000円	139,000円
要介護3	68,000円	91,000円	112,000円	142,000円
要介護4	70,000円	93,000円	114,000円	144,000円
要介護5	72,000円	95,000円	117,000円	146,000円

※ 第1段階の方につきましては、各市町村担当課にお問い合わせください。

※ オムツ代・洗濯代等は上記料金に含まれております。(理美容代、医療費、お薬代、飲料費等は別途)

※ 1ヶ月=30.4日で計算しています。

※ 入所の際の初期費用(敷金・一時金等)はございません。

※負担限度額認定の対象となる方は、以下の1~3のすべての要件を満たした方です。

- 1、ご本人及び世帯全員が住民税非課税であること。
- 2、配偶者(世帯分離をしている場合を含む)が住民税非課税であること。
- 3、収入・預貯金等の額が下表の基準内であること。

上記1~3の要件をすべて満たした方は、下記の2~3②段階のどの段階に該当するのかをご確認ください。

段 階	対 象 者
第2段階	年金収入等合計80万円以下で、預貯金等単身650万円以下、夫婦1,650万円以下の方
第3段階①	年金収入等合計80万円超120万円以下で、預貯金等単身550万円以下、夫婦1,550万円以下の方
第3段階②	年金収入等合計120万円超で、預貯金等単身500万円以下、夫婦1,500万円以下の方

※負担限度額認定の詳細につきましては、各市町村の介護保険担当課にご確認ください。