

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)

R6.4～

	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)	63,900円	86,700円	108,300円	141,100円
(要介護2)	66,300円	89,100円	110,700円	143,500円
要介護3	68,900円	91,700円	113,300円	146,100円
要介護4	71,300円	94,100円	115,700円	148,500円
要介護5	73,700円	96,500円	118,000円	150,900円

(1ヶ月=30.4日で計算)

※ 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、処方調剤費、飲料費、電気製品使用料等は別途)

※ 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、配偶者の方(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。

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

※こちらは、あくまで目安ですので負担限度額認定の要件等につきましては、必ず各市町村の介護保険担当課にご確認ください。