

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)

(R6.10～)

	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)	65,400円	88,200円	109,800円	143,700円
(要介護2)	67,900円	90,700円	112,300円	146,200円
要介護3	70,500円	93,300円	114,900円	148,800円
要介護4	73,000円	95,700円	117,300円	151,200円
要介護5	75,300円	98,100円	119,700円	153,600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。