

## 介護老人福祉施設 アットホーム福岡 料金表

当ホームは、「ユニット型介護福祉施設」のサービス事業者として、福岡県から指定を受けて介護サービスを提供します。介護保険自己負担金は介護保険法ほか関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用いたします。

平成30年4月1日現在のご利用料金につきましては、下記の通りとなっておりますが、当施設の施設基準によって、若干の変更がある可能性もございます。

●1割負担時

(単位:円)

要介護度	1	2	3	4	5
①ユニット型介護福祉施設サービス費(1日)	665	735	811	881	951
②栄養マネジメント加算(1日)			15		
③日常生活継続支援加算Ⅱ(1日)			48		
④看護体制加算Ⅰ(1日)			5		
⑤看護体制加算Ⅱ(1日)			9		
⑥個別機能訓練加算(1日)			13		
⑦夜勤職員配置加算(1日)			22		
⑧精神科医師定期的診療指導(1日)			6		
⑨口腔衛生管理体制加算(1月)			32		
⑩口腔衛生管理加算(1月) ※適用時のみ			94		
⑪褥瘡マネジメント加算(1月) ※適用時のみ	3か月に1回		11		
⑫排泄支援加算(1月) ※適用時のみ			105		
⑬低栄養リスク改善加算(1月) ※適用時のみ			314		
⑭再入所時栄養連携加算(1回) ※適用時のみ			418		
⑮生活機能向上連携加算(1月) ※適用時のみ			105		
⑯若年性認知症受入加算 ※適用時のみ			126		
⑰療養食加算(1食) ※適用時のみ			7		
⑱介護職員処遇改善加算Ⅰ(1日)	65	70	77	83	88
食費(1日) (朝・昼・夕・おやつ)	第1段階	300			月 9,000
	第2段階	390			月 11,700
	第3段階	650			月 19,500
	第4段階	1,380			月 41,400
居住費(1日)	第1段階	820			月 24,600
	第2段階	820			月 24,600
	第3段階	1,310			月 39,300
	第4段階	1,970			月 59,100

※上記①～⑨・⑱の加算適用時の合計

1ヶ月(30日)あたりの 自己負担総額 (食費・居住費含)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	第1段階	59,072	61,322	63,542	66,060	68,342
	第2段階	61,772	64,022	66,242	68,792	71,042
	第3段階	84,272	86,522	89,012	91,292	93,542
	第4段階	125,972	127,952	130,712	132,992	135,242

※おむつに掛かる費用は上記の金額に含まれております。

※生活保護受給者の方で「社会福祉法人利用者負担限度額軽減確認証」をお持ちの方は居住費が全額免除になります。

【特定入所者介護サービス費(食費と居住費)の減額対象者】

第1段階	・生活保護、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税
第2段階	・世帯全員が市民税非課税で所得・年金収入額が80万円以下
第3段階	・世帯全員が市民税非課税で第2段階以外の方
第4段階	・課税世帯で、第2・第3段階に属さない方

▼その他、実費負担として必要になる費用

理美容代、レクリエーション材料費、日用品費、私物クリーニング費、医療・薬剤費(医療保険適用)

## 介護老人福祉施設 アットホーム福岡 料金表

当ホームは、「ユニット型介護福祉施設」のサービス事業者として、福岡県から指定を受けて介護サービスを提供します。介護保険自己負担金は介護保険法ほか関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用いたします。

平成30年4月1日現在のご利用料金につきましては、下記の通りとなっておりますが、当施設の施設基準によって、若干の変更がある可能性もございます。

●2割負担時

(単位:円)

要介護度	1	2	3	4	5
①ユニット型介護福祉施設サービス費(1日)	1330	1470	1622	1762	1902
②栄養マネジメント加算(1日)	30				
③日常生活継続支援加算Ⅱ(1日)	96				
④看護体制加算Ⅰ(1日)	9				
⑤看護体制加算Ⅱ(1日)	17				
⑥個別機能訓練加算(1日)	25				
⑦夜勤職員配置加算(1日)	44				
⑧精神科医師定期的診療指導(1日)	11				
⑨口腔衛生管理体制加算(1月)	63				
⑩口腔衛生管理加算(1月) ※適用時のみ	188				
⑪褥瘡マネジメント加算(1月) ※適用時のみ	3カ月に1回	21			
⑫排泄支援加算(1月) ※適用時のみ	209				
⑬低栄養リスク改善加算(1月) ※適用時のみ	627				
⑭再入所時栄養連携加算(1回) ※適用時のみ	836				
⑮生活機能向上連携加算(1月) ※適用時のみ	209				
⑯若年性認知症受入加算 ※適用時のみ	251				
⑰療養食加算(1食) ※適用時のみ	13				
⑱介護職員処遇改善加算Ⅰ(1日)	130	140	153	165	176
食費(1日) (朝・昼・夕・おやつ)	第1段階	300			月 9,000
	第2段階	390			月 11,700
	第3段階	650			月 19,500
	第4段階	1,380			月 41,400
居住費(1日)	第1段階	820			月 24,600
	第2段階	820			月 24,600
	第3段階	1,310			月 39,300
	第4段階	1,970			月 59,100

※上記①～⑨・⑱の加算適用時の合計

1ヶ月(30日)あたりの自己負担総額(食費・居住費合)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	第1段階	84,423	88,923	93,363	98,370	102,963
	第2段階	87,123	91,623	96,063	101,133	105,663
	第3段階	109,623	114,123	119,073	123,633	128,163
	第4段階	151,323	155,313	160,773	165,333	169,863

※おむつに掛かる費用は上記の金額に含まれております。

※生活保護受給者の方で「社会福祉法人利用者負担限度額軽減確認証」をお持ちの方は居住費が全額免除になります。

【特定入所者介護サービス費(食費と居住費)の減額対象者】

第1段階	・生活保護、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税
第2段階	・世帯全員が市民税非課税で所得+年金収入額が80万円以下
第3段階	・世帯全員が市民税非課税で第2段階以外の方
第4段階	・課税世帯で、第2・第3段階に属さない方

▼その他、実費負担として必要になる費用

理美容代、レクリエーション材料費、日用品費、私物クリーニング費、医療・薬剤費(医療保険適用)

## 介護老人福祉施設 アットホーム福岡 料金表

当ホームは、「ユニット型介護福祉施設」のサービス事業者として、福岡県から指定を受けて介護サービスを提供します。介護保険自己負担金は介護保険法ほか関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用いたします。

平成30年4月1日現在のご利用料金につきましては、下記の通りとなっておりますが、当施設の施設基準によって、若干の変更がある可能性もございます。

### ●3割負担時

(単位:円)

要介護度	1	2	3	4	5
①ユニット型介護福祉施設サービス費(1日)	1994	2204	2433	2643	2853
②栄養マネジメント加算(1日)			44		
③日常生活継続支援加算Ⅱ(1日)			144		
④看護体制加算Ⅰ(1日)			13		
⑤看護体制加算Ⅱ(1日)			25		
⑥個別機能訓練加算(1日)			38		
⑦夜勤職員配置加算(1日)			66		
⑧精神科医師定期的診療指導(1日)			16		
⑨口腔衛生管理体制加算(1月)			94		
⑩口腔衛生管理加算(1月) ※適用時のみ			283		
⑪褥瘡マネジメント加算(1月) ※適用時のみ	3か月に1回		32		
⑫排泄支援加算(1月) ※適用時のみ			314		
⑬低栄養リスク改善加算(1月) ※適用時のみ			941		
⑭再入所時栄養連携加算(1回) ※適用時のみ			1255		
⑮生活機能向上連携加算(1月) ※適用時のみ			314		
⑯若年性認知症受入加算 ※適用時のみ			377		
⑰療養食加算(1食) ※適用時のみ			19		
⑱介護職員処遇改善加算Ⅰ(1日)	195	210	231	249	264
食費(1日) (朝・昼・夕・おやつ)	第1段階	300			月 9,000
	第2段階	390			月 11,700
	第3段階	650			月 19,500
	第4段階	1,380			月 41,400
居住費(1日)	第1段階	820			月 24,600
	第2段階	820			月 24,600
	第3段階	1,310			月 39,300
	第4段階	1,970			月 59,100

※上記①～⑨・⑱の加算適用時の合計

1ヶ月(30日)あたりの 自己負担総額 (食費・居住費含)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	第1段階	109,744	116,494	123,244	130,740	137,584
第2段階	112,444	119,194	125,944	133,534	140,284	
第3段階	134,944	141,694	149,194	156,034	162,784	
第4段階	176,644	182,644	190,894	197,734	204,484	

※おむつに掛かる費用は上記の金額に含まれております。

※生活保護受給者の方で「社会福祉法人利用者負担限度額軽減確認証」をお持ちの方は居住費が全額免除になります。

### 【特定入所者介護サービス費(食費と居住費)の減額対象者】

第1段階	・生活保護、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税
第2段階	・世帯全員が市民税非課税で所得＋年金収入額が80万円以下
第3段階	・世帯全員が市民税非課税で第2段階以外の方
第4段階	・課税世帯で、第2・第3段階に属さない方

### ▼その他、実費負担として必要になる費用

理美容代、レクリエーション材料費、日用品費、私物クリーニング費、医療・薬剤費(医療保険適用)