

月額料金表

令和 8年 9月 1日
ケアハウス葛飾敬寿園

①

階層	本人の収入年額	本人負担月額						
		事務費 (通年) A	生活費 (通年) B	管理費 (通年) C	光熱水費 (通年) D	計 4～10月 (A～D)	冬期加算 11～3月 E	計 11～3月 (A～E)
1	～1,500,000	¥10,000	一律 ¥48,030	一律 ¥24,240	一律 ¥11,200	¥93,470	一律 ¥2,130	¥95,600
2	1,500,001～1,600,000	¥13,000				¥96,470		¥98,600
3	1,600,001～1,700,000	¥16,000				¥99,470		¥101,600
4	1,700,001～1,800,000	¥19,000				¥102,470		¥104,600
5	1,800,001～1,900,000	¥22,000				¥105,470		¥107,600
6	1,900,001～2,000,000	¥25,000				¥108,470		¥110,600
7	2,000,001～2,100,000	¥30,000				¥113,470		¥115,600
8	2,100,001～2,200,000	¥35,000				¥118,470		¥120,600
9	2,200,001～2,300,000	¥40,000				¥123,470		¥125,600
10	2,300,001～2,400,000	¥45,000				¥128,470		¥130,600
11	2,400,001～2,500,000	¥50,000				¥133,470		¥135,600
12～	2,500,001～	¥55,900				¥139,370		¥141,500

上記金額の他、介護度別の介護職員増員費をお支払いいただきます。
介護職員増員費

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
¥56,500	¥58,000	¥59,500	¥61,000	¥62,500

②

介護度	介護費	夜間看護 体制加算Ⅱ	生活機能 向上連携 加算Ⅱ	協力医療 連携加算	科学的介護 推進体制加 算	ADL維持等 加算Ⅰ	生産性向上 推進加算Ⅱ	介護職員等 処遇改善加 算Ⅱロ	自己負担金額 【30日計算】
要介護1	542/日	9/日	200/月	100/月	40/月	30/月	10/月	※	¥21,252
要介護2	609/日								¥23,779
要介護3	679/日								¥26,418
要介護4	744/日								¥28,868
要介護5	813/日								¥31,470

※【(単位数+夜間看護体制加算Ⅱ)×利用日数】+生活機能向上連携
加算Ⅱ+協力医療連携加算+科学的介護推進体制加算+ADL維持等加算Ⅰ
+生産性向上推進加算Ⅱロ×15.3%

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		20/半年
退院・退所時連携加算		30
退去時情報提供加算		250
新興感染症等施設療養費		240
看取り 介護加算	1,280/日	死亡日の看取り介護
	680/日	死亡の前日・前々日の看取り
	144/日	死亡日4～30日以下の看取り
	72/日	死亡日31日前～45日前

葛飾区の場合は、10.90円を乗じた額の1割、2割もしくは3割の負担額になります。(日額)
端数は利用者負担になります。

③

日用品の実費負担の費用は、月額およそ24,000円から29,000円位になります。
入居者の方の身体の状況により異なります。(実費負担料金表参照)

※①+②+③は毎月支払う額となります。

令和 年 月 日

契約書(利用者) _____ 印

署名代行者 _____ 印

実費負担料金表

令和7年4月1日

■実費負担について

オムツや歯ブラシ、衣類などの日用品等については、ご利用者様又はご家族の方にご準備いただくのが最善と考えておりますが、種々の事情でご準備いただけない場合、当施設でご準備させていただくことができます。また、各種レクリエーション活動やクラブ活動に係る実費ほか、別途サービスをご利用になる場合にその料金をお支払いいただく必要があります。詳細は下記の通りです。

区分	品名	日額(税込)
日用品	Aセット(紙おむつ対象者) 寝具一式、入居者様私物洗濯、バスタオル、フェイスタオル、おしぼりタオル、紙おむつ(テープ止め)、紙おむつ(リハビリパンツ)、紙おむつ(昼用パッド)、紙おむつ(夜用パッド)。 歯ブラシセット、口腔ケア商品、コップ、ヘアブラシ、リンスインシャンプー、ボディソープ、ハンドソープ、ティッシュペーパー、ペーパータオル、沐浴剤、他を加えたお得なセット	838円
	Bセット(軽度紙おむつ対象者) 内容はAセットに同じ	807円
	Cセット(紙おむつ不使用者) Aセットのおむつ類を除いたセットになります。	702円
おやつ代	おやつ	100円
買物代行サービス	ご利用者様が必要とする商品を職員が代わって購入します。商品代金は別途必要額をお支払いいただきます。 ※決められた週1回の買い物日以外で買い物を希望された場合】	1回 300円
付き添いサービス	通院の際の付き添い等、ご利用者様の外出等でご家族の方が付き添えない場合、職員が代わって付き添います。 交通機関等を利用する場合は、その移動にかかった費用について、別途ご負担いただきます。	1時間 1,200円
レクリエーション活動	ご利用者様のご希望により、参加して頂く活動や、その他サービスについては、材料費等の実費相当分をご負担いただきます。	実費
理美容代		
その他		

令和 年 月 日

契約者(利用者) _____ 印

署名代行者 _____ 印