

小規模多機能ホームせとうちの郷 料金表

(令和6年8月現在)

○基本料金(介護保険負担割合が1割の方)

単位：円/月

要介護度	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
保険費用	35,087	70,905	106,358	156,313	227,391	250,965	276,716
自己負担	3,509	7,091	10,636	15,631	22,739	25,097	27,672

※基本料金は月額となっています。

※介護負担割合が2割、3割の方は上記の料金と異なります。

○加算

単位：円/月

加算項目	単価	加算項目	単価
初期加算(30日まで)	930	看護職員配置加算(I)	915
認知症加算(III)	773	総合マネジメント加算(I)	1,220
認知症加算(IV)	468	訪問体制強化加算	1,017
サービス提供体制強化加算(I)	763	科学的介護推進体制加算	40

看取り連携体制加算(死亡日以前30日以下)	64円/日
介護職員処遇改善加算(利用日数で変動)	所定単位数×14.9%

○食事の提供(食事代)

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金 朝食390円 昼食550円 おやつ140円 夕食520円

○宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

料金 2,200円/一泊

(月額例)：要介護1の方が通いを週に2日、泊りを月2日利用

基本料金	： 10,636円	加算料金	： 5,496円
朝食代	： 780円(2日)	昼食代	： 4,400円(8日)
おやつ代	： 1,120円(8日)	夕食代	： 1,040円(2日)
宿泊代	： 4,400円(2日)		

合計：27,872円

利用申請書

小規模多機能ホームせとうちの郷 施設長殿

申込者 _____ 印 _____

介護保険法による施設利用(小規模多機能)を希望しますので申請します。

申込日	令和 年 月 日	本籍地	都・道・府・県		
本人氏名	フリガナ	性別	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
現住所	〒 電話番号 ()				
現在の居所					
緊急連絡先	氏名	続柄()	電話		
		明・大・昭 年 月 日生(歳)			
	住所	〒	携帯		
	氏名	続柄()	電話		
		明・大・昭 年 月 日生(歳)			
	住所	〒	携帯		
利用料支払者	1.本人負担 2.一部縁故者 3.全額縁故者 4.その他()				
家族の状況 (近親者)	氏名	年齢	続柄	住所	電話番号
保険について お手持ちの手帳類について○をしてください。 健康保険証 介護保険証 老人医療受給者証 被爆者手帳 身体障害者手帳 心身障害者医療費受給資格証 後期高齢者医療被保険者証 減額認定証					
年金について ご本人様が受給している年金の種類に○をしてください。 国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 恩給 その他					
その他該当するものがありましたら○をしてください。 市町村民税非課税 生活保護					
入居希望理由					

施設処理欄

受付者		受付年月日	令和 年 月 日	入力の有無	
-----	--	-------	----------	-------	--