

# 利用料単価表

社会福祉法人 朝日福祉会  
一宮市明地字西阿古井1番地  
TEL (代) 0586-69-4455



《令和 1年10月1日より》

※一定以上の所得のある方は、サービスを利用した時の負担割合は  
(市町村から交付される介護保険負担割合証に記載された割合が自己負担となります。)

## 介護老人福祉施設

◎尚、この表は自己負担1割で作成してあります

特別養護老人ホーム朝日荘 事業所No. 2373700059 (TEL 0586-69-4455 FAX 0586-69-5580)

		※地域区分:7級地(1単位=10.14円)										自己負担				食費				自己負担合計(1日あたり目安)			
		基本単位	日常生活継続支援	看護体制加算(Ⅰ)	夜勤職員配置加算	合計単位	介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.3%)	特定処遇改善加算(2.7%)	総合計単位	自己負担1割の場合	第1段階	第2~第3段階	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階		
福祉施設Ⅱ1	要介護1	559	36	4	13	612	51	17	680	690	0	370	855	300	390	650	1,392	990	1,450	1,710	2,937		
福祉施設Ⅱ2	要介護2	627	36	4	13	680	56	18	754	765								1,065	1,525	1,785	3,012		
福祉施設Ⅱ3	要介護3	697	36	4	13	750	62	20	832	844								1,144	1,604	1,864	3,091		
福祉施設Ⅱ4	要介護4	765	36	4	13	818	68	22	908	921								1,221	1,681	1,941	3,168		
福祉施設Ⅱ5	要介護5	832	36	4	13	885	74	24	983	997								1,297	1,757	2,017	3,244		

注1、入所後30日間は「初期加算：30単位/1日」が上記に追加されます。  
注2、特別養護老人ホーム利用者のオムツ代、洗濯代は基本単価に含まれています。  
注3、栄養マネジメント(14単位/1日)、看取り介護については別途加算されます。

### ◆その他、利用者の選択による費用

金銭管理代行サービス	1,000円/1ヶ月
日常生活品の購入代行	実費のみ
理容	800円/1回
美容	1,300円/1回
その他	喫茶コーナー利用料、酒飲料、外出時の入場料等、個人的に利用する場合の費用

## 短期入所生活介護

ショートステイ朝日荘 事業所No. 2373700075 (TEL 0586-69-4455 FAX 0586-69-5580)

		※地域区分:7級地(1単位=10.17円)										自己負担				食費				自己負担合計(1日あたり目安)			
		基本単位	看護体制加算(Ⅱ)	サービス提供体制加算(Ⅱ)	夜勤職員配置加算	合計単位	介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.3%)	特定処遇改善加算(2.3%)	総合計単位	自己負担1割の場合	第1段階	第2~第3段階	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階		
併設短期生活Ⅱ1	要介護1	586	8	6	13	613	51	14	678	690	0	370	855	300	390	650	1,392	990	1,450	1,710	2,937		
併設短期生活Ⅱ2	要介護2	654	8	6	13	681	57	16	754	767								1,067	1,527	1,787	3,014		
併設短期生活Ⅱ3	要介護3	724	8	6	13	751	62	17	830	845								1,145	1,605	1,865	3,092		
併設短期生活Ⅱ4	要介護4	792	8	6	13	819	68	19	906	922								1,222	1,682	1,942	3,169		
併設短期生活Ⅱ5	要介護5	859	8	6	13	886	74	20	980	997								1,297	1,757	2,017	3,244		

注1、ショートステイ利用者のオムツ代は基本単価に含まれています。

※食費1日あたり 1,392円(朝食:312円、昼食:550円、夕食:530円)

送迎割増負担(実費)	
送迎加算	通常の営業範囲以外送迎
片道	片道1km毎に
184	50円

		※地域区分:7級地(1単位=10.17円)										自己負担				食費				自己負担合計(1日あたり目安)			
		基本単位	サービス提供体制加算(Ⅱ)	合計単位	介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.3%)	特定処遇改善加算(2.3%)	総合計単位	自己負担1割の場合	第1段階	第2~第3段階	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階				
☆介護予防サービス	要支援1	438	6	444	37	10	491	500	0	370	855	300	390	650	1,392	800	1,260	1,520	2,747				
	要支援2	545	6	551	46	13	610	621	0	370	855	300	390	650	1,392	921	1,381	1,641	2,868				

※食費1日あたり 1,392円(朝食:312円、昼食:550円、夕食:530円)

※利用者負担段階(平成17年10月より)

第1段階	・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・ 生活保護受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階以外の方
第4段階	・上記以外の方

注:自己負担額は下記の式で計算されます。

《自己負担額(特養)》=(月の総合計単位×10.14円)-保険請求額-公費請求額-公費分本人負担》

《自己負担額(短期)》=(月の総合計単位×10.17円)-保険請求額-公費請求額-公費分本人負担》

1月の総合計で計算され、端数処理が行われます。

1日当りの自己負担額に利用日数をかけて計算した金額と1月の総合計で計算した金額では若干違ってきますのでご承知願います。

# 利用料単価表

社会福祉法人 朝日福祉会  
一宮市明地字西阿古井1番地  
TEL (代) 0586-69-4455



## 通所介護

《令和 2年 4月 1日より》

※平成27年8月1日より、一定以上の所得のある方は、サービスを利用した時の負担割合は  
(市町村から交付される介護保険負担割合証に記載された割合が自己負担となります。)

### 朝日デイサービスセンター

事業所No. 2373700067

(TEL 0586-67-2233 ; FAX 0586-67-1223)

◎尚、この表は自己負担1割で作成してあります

#### ◎通常規模型通所介護(7時間～8時間)・定員25名

営業日：年中無休

※地域区分：7級地(1単位=10.14円)

サービス提供時間 (9:15～16:30)	基本単位	入浴	中重度者ケア 体制加算	サービス提供 体制強化加算 (1)イ	合計 単位	介護職員処 遇改善加算 I 5.9%	特定処遇改 善加算 I 1.2%	総合計 単位	自己負担 1割の場合	実費 食費	自己負担 合計
要介護1	648	50	45	18	761	45	9	815	827	550円	1,377
要介護2	765	50	45	18	878	52	11	941	955		1,505
要介護3	887	50	45	18	1,000	59	12	1,071	1,086		1,636
要介護4	1,008	50	45	18	1,121	66	14	1,201	1,218		1,768
要介護5	1,130	50	45	18	1,243	73	15	1,331	1,350		1,900

\*当施設のおもつを使用された場合は、1回につき100円の実費をいただきます。

※地域区分：7級地(1単位=10.14円)

☆一宮市あんしん介護 予防事業	基本単位 (1ヶ月単位)	サービス提供 体制強化加算 Iイ (1ヶ月単位)	合計 単位	介護職員処 遇改善加算 I 5.9%	特定処遇改 善加算 I 1.2%	総合計 単位	自己負担 1割の場合	実費食費(1 食)
事業対象者・要支援1(週1回程度)	1,655	72	1,727	102	21	1,850	1,876	550円
要支援2(週1回程度)	1,655	72	1,727	102	21	1,850	1,876	
事業対象者・要支援2(週2回程度)	3,393	144	3,537	209	42	3,788	3,841	

### いっぶくの里

事業所No. 2373700273

(TEL 0586-67-2727 ; FAX 0586-67-1223)

#### ◎通常規模型通所介護(7時間～8時間)・定員40名

営業日：年中無休

※地域区分：7級地(1単位=10.14円)

サービス提供時間 (9:15～16:30)	基本単位	入浴		サービス提供 体制強化加算 Iイ	合計 単位	介護職員処 遇改善加算 I 5.9%	特定処遇改 善加算 II 1.2%	総合計 単位	自己負担 1割の場合	実費 食費	自己負担 合計
要介護1	648	50		18	716	42	9	767	778	550円	1,328
要介護2	765	50		18	833	49	10	892	905		1,455
要介護3	887	50		18	955	56	12	1,023	1,038		1,588
要介護4	1,008	50		18	1,076	64	13	1,152	1,169		1,719
要介護5	1,130	50		18	1,198	71	14	1,283	1,302		1,852

\*当施設のおもつを使用された場合は、1回につき100円の実費をいただきます。

※地域区分：7級地(1単位=10.14円)

☆一宮市あんしん介護 予防事業	基本単位 (1ヶ月単位)	サービス提供 体制強化加算 Iイ (1ヶ月単位)	合計 単位	介護職員処 遇改善加算 I 5.9%	特定処遇改 善加算 II 1.2%	総合計 単位	自己負担 1割の場合	実費食費(1 食)
事業対象者・要支援1(週1回程度)	1,655	72	1,727	102	21	1,850	1,876	550円
要支援2(週1回程度)	1,655	72	1,727	102	21	1,850	1,876	
事業対象者・要支援2(週2回程度)	3,393	144	3,537	209	42	3,788	3,841	

注：自己負担額は下記の式で計算されます。

《自己負担額=(月の合計単位×10.14円)-保険請求額-公費請求額-公費分本人負担》

1月の合計で計算され、端数処理が行われます。

1日当りの自己負担額に利用日数をかけて計算した金額と1月の合計で計算した金額では若干違ってきますのでご承知願います。

1日あたり金額は目安として参考にして下さい。