

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

《平成29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が2割になります。
(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)

併設型・定員70名

※地域区分:7級地(1単位=10.14円)

	基本単位	日常生活継続支援	看護体制加算(I・II)	夜勤職員配置加算	合計単位	介護職員処遇改善加算(I)	総合計単位	自己負担1割の場合	居住費(多床室)				食費				自己負担合計(1日あたり目安)				
									第1段階	第2~3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	547	36	12	13	608	51	659	668									968	1,428	1,688	2,888
福祉施設Ⅱ2	要介護2	614	36	12	13	675	56	731	742									1,042	1,502	1,762	2,962
福祉施設Ⅱ3	要介護3	682	36	12	13	743	62	805	816	0	370	840	300	390	650	1,380		1,116	1,576	1,836	3,036
福祉施設Ⅱ4	要介護4	749	36	12	13	810	67	877	890									1,190	1,650	1,910	3,110
福祉施設Ⅱ5	要介護5	814	36	12	13	875	73	948	961									1,261	1,721	1,981	3,181

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)

併設型・定員20名

※地域区分:7級地(1単位=10.17円)

	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)	総合計単位	自己負担1割の場合	滞在費(多床室)				食費				自己負担合計(1日あたり目安)				
									第1段階	第2~3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	599	8	6	13	626	52	678	690									990	1,450	1,710	2,910
併設短期生活Ⅱ2	要介護2	666	8	6	13	693	58	751	764									1,064	1,524	1,784	2,984
併設短期生活Ⅱ3	要介護3	734	8	6	13	761	63	824	839	0	370	840	300	390	650	1,380		1,139	1,599	1,859	3,059
併設短期生活Ⅱ4	要介護4	801	8	6	13	828	69	897	912									1,212	1,672	1,932	3,132
併設短期生活Ⅱ5	要介護5	866	8	6	13	893	74	967	984									1,284	1,744	2,004	3,204

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 1,380円(朝食:300円、昼食:550円、夕食:530円)

※若年性認知症受入加算(若年性認知症の方が短期入所生活介護を利用した場合1日につき120単位加算)

送迎割増負担(実費)

送迎加算	通常の営業範囲 以外の送迎	
片道	片道5Km未満	片道5Km以上
184	1,000円	1,500円

※地域区分:7級地(1単位=10.17円)

☆介護予防サービス	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)	総合計単位	自己負担1割の場合	滞在費(多床室)				食費				自己負担合計(1日あたり目安)			
							第1段階	第2~3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	
要支援1	438	6	444	37	481	490	0	370	840	300	390	650	1,380	790	1,250	1,510	2,710	
要支援2	539	6	545	45	590	601								901	1,361	1,621	2,821	

※食費1日あたり 1,380円(朝食:300円、昼食:550円、夕食:530円)

※若年性認知症受入加算(若年性認知症の方が短期入所生活介護を利用した場合1日につき120単位加算)

※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

《平成29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が2割になります。
(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～9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(1)	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	656	50	45	18	769	45	814	826円	550円	1,376円
要介護2	775	50	45	18	888	52	940	954円		1,504円
要介護3	898	50	45	18	1,011	60	1,071	1,086円		1,636円
要介護4	1,021	50	45	18	1,134	67	1,201	1,218円		1,768円
要介護5	1,144	50	45	18	1,257	74	1,331	1,350円		1,900円

※若年性認知症受入加算(若年性認知症の方が利用した場合1日につき60単位加算)

*当施設のおムツを使用した場合は、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)

☆介護予防サービス	基本単位 (1ヶ月単位)	サービス提供体制強化加算 1イ (1ヶ月単位)	合計 単位	介護職員 処遇改善 加算 (1)	総合計 単位	自己負担 1割の場合	実費食費 (1食)
要支援1	1,647	72	1,719	101	1,820	1,846	550円
要支援2	3,377	144	3,521	208	3,729	3,781	

※若年性認知症受入加算(若年性認知症の方が利用した場合1月につき240単位加算)

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～9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1ロ	合計単位	介護職員処遇改善加算(1)	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	656	50		12	718	42	760	772円	550円	1,322円
要介護2	775	50		12	837	49	886	899円		1,449円
要介護3	898	50		12	960	57	1,017	1,031円		1,581円
要介護4	1,021	50		12	1,083	64	1,147	1,163円		1,713円
要介護5	1,144	50		12	1,206	71	1,277	1,296円		1,846円

※若年性認知症受入加算(若年性認知症の方が利用した場合1日につき60単位加算)

*当施設のおムツを使用した場合は、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)

☆介護予防サービス	基本単位 (1ヶ月単位)	サービス提供体制強化加算 1ロ (1ヶ月単位)	合計 単位	介護職員 処遇改善 加算 (1)	総合計 単位	自己負担 1割の場合	実費食費 (1食)
要支援1	1,647	48	1,695	100	1,795	1,821	550円
要支援2	3,377	96	3,473	205	3,678	3,730	

※若年性認知症受入加算(若年性認知症の方が利用した場合1月につき240単位加算)

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。