

特別養護老人ホーム 宝永館 利用料金表

1. 施設サービス費

(1) 基本サービス料金

(令和3年4月1日現在)

要介護度	基本負担額	看護体制加算 (I)口	サービス提供 加算(I)	処遇改善加算 (III)	特定処遇改善加算 (II)
要介護1	573円	4円/日	22円/日	3.3%/月	2.3%/月
要介護2	641円				
要介護3	712円				
要介護4	780円				
要介護5	847円				

(2) 加算料金等

項目	負担額	説明
初期加算	30円/日	入所日から30日以内の期間。入院後の再入所も同様。
外泊時等費用	246円/日	病院への入院を要した場合及び居宅における外泊を認めた場合、月に6日を限度として算定する。

2. 自己負担金等

(1) 負担限度額

区分		食費	居住費
第1段階	生活保護受給者等	300円	0円
第2段階	市町村民税非課税、かつ年金収入の年額80万以下	390円	370円
第3段階	市町村民税非課税、第2段階以外	650円	
第4段階	上記以外	1392円	855円

(2) その他自己負担金

理髪	1500円/1回
ポリデント	12円/1回
BOXティッシュ	70円/1箱
歯ブラシ	150円/1本

*洗濯代、おむつ代は無料です。

特別養護老人ホーム 宝永館 利用料金表【2割負担】

1. 施設サービス費

(1) 基本サービス料金

(令和3年4月1日現在)

要介護度	基本負担額	看護体制加算 (Ⅰ)ロ	サービス提供加算(Ⅰ)	処遇改善加算(Ⅲ)	特定処遇改善加算(Ⅱ)
要介護1	1146円	8円/日	44円/日	3.3%/月	2.3%/月
要介護2	1282円				
要介護3	1424円				
要介護4	1560円				
要介護5	1694円				

(2) 加算料金等

項目	負担額	説明
初期加算	30円/日	入所日から30日以内の期間。入院後の再入所も同様。
外泊時等費用	246円/日	病院への入院を要した場合及び居宅における外泊を認めた場合、月に6日を限度として算定する。

2. 自己負担金等

(1) 負担限度額

区分		食費	居住費
第1段階	生活保護受給者等	300円	0円
第2段階	市町村民税非課税、かつ年金収入の年額80万以下	390円	370円
第3段階	市町村民税非課税、第2段階以外	650円	
第4段階	上記以外	1392円	855円

(2) その他自己負担金

理髪	1500円/1回
ポリデント	12円/1回
BOXティッシュ	70円/1箱
歯ブラシ	150円/1本

* 洗濯代、おむつ代は無料です。

特別養護老人ホーム 宝永館 利用料金表【3割負担】

1. 施設サービス費

(1) 基本サービス料金

(令和3年4月1日現在)

要介護度	基本負担額	看護体制加算 (I)ロ	サービス提供加算 (I)	処遇改善加算 (III)	特定処遇改善加算 (II)
要介護1	1719円	12円/日	66円/日	3.3%/月	2.3%/月
要介護2	1923円				
要介護3	2136円				
要介護4	2340円				
要介護5	2541円				

(2) 加算料金等

項目	負担額	説明
初期加算	30円/日	入所日から30日以内の期間。入院後の再入所も同様。
外泊時等費用	246円/日	病院への入院を要した場合及び居宅における外泊を認めた場合、月に6日を限度として算定する。

2. 自己負担金等

(1) 負担限度額

区分		食費	居住費
第1段階	生活保護受給者等	300円	0円
第2段階	市町村民税非課税、かつ年金収入の年額80万以下	390円	370円
第3段階	市町村民税非課税、第2段階以外	650円	
第4段階	上記以外	1392円	855円

(2) その他自己負担金

理髪	1500円/1回
ポリデント	12円/1回
BOXティッシュ	70円/1箱
歯ブラシ	150円/1本

*洗濯代、おむつ代は無料です。