

介護老人保健施設たかつ

参考利用料

■ 入所(1月あたり)

単位：円

段階	部屋	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
第1段階	生活保護世帯	4名部屋	65,270	67,940	70,250	72,320	74,150
	個室	109,500	112,150	114,400	116,370	118,290	
第2段階	非課税年間所得80万円以下	4名部屋	81,080	83,750	86,060	88,130	89,770
	個室	112,240	114,880	117,130	119,110	121,020	
第3段階①	非課税年間所得80万円超120万円以下	4名部屋	88,980	91,660	93,970	96,030	97,860
	個室	145,070	147,710	149,960	151,940	153,850	
第3段階②	非課税年間所得120万円超	4名部屋	110,560	113,240	115,550	117,620	119,440
	個室	166,650	169,300	171,550	173,520	175,440	
第4段階	1割負担	4名部屋	136,560	139,230	141,540	143,610	145,430
		個室	199,640	202,280	204,530	206,510	208,420
	2割負担	4名部屋	171,150	176,440	181,150	185,170	188,880
		個室	231,310	236,570	241,130	245,080	248,950
	3割負担	4名部屋	205,750	213,710	220,700	226,780	232,320
		個室	263,020	270,860	277,670	283,630	289,410

※ 上記のほか以下が加算されます。

- ・ 入所後30日間 980円/月又は1,960円/月 が加算(1割負担の場合)
- ・ 短期集中リハビリテーション対象者は入所後3カ月間 約6,920円/月 が加算(1割負担の場合)
- ・ その他必要に応じて各項目が加算されます。

※ 教養娯楽費は実費相当額別途がかかります。

■ 短期入所(1日あたり)

単位：円

段階	部屋	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
第1段階	生活保護世帯	4名部屋	2,430	2,520	2,600	2,660	2,730
	個室	3,890	3,970	4,050	4,120	4,180	
第2段階	非課税年間所得80万円以下	4名部屋	3,160	3,250	3,330	3,390	3,460
	個室	4,190	4,270	4,350	4,420	4,480	
第3段階	非課税年間所得80万円超120万円以下	4名部屋	3,560	3,650	3,730	3,790	3,860
	個室	5,410	5,490	5,570	5,640	5,700	
第3段階	非課税年間所得120万円超	4名部屋	3,860	3,950	4,030	4,090	4,160
	個室	5,710	5,790	5,870	5,940	6,000	
第4段階	1割負担	4名部屋	4,780	4,870	4,940	5,010	5,080
		個室	6,850	6,940	7,010	7,080	7,150
	2割負担	4名部屋	6,200	6,380	6,530	6,660	6,800
		個室	8,180	8,350	8,500	8,630	8,770
	3割負担	4名部屋	7,620	7,890	8,110	8,310	8,520
		個室	9,510	9,760	9,990	10,190	10,390

※ 教養娯楽費は実費相当額別途がかかります。

※ その他必要に応じて各項目が加算されます。

■ デイケア(1月あたり)

① 介護給付サービスに係る費用(報酬単位・利用者1割負担分)

単位：円

利用回数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
週1回 / 月4回	3,917	4,553	5,170	5,906	6,627
週2回 / 月8回	7,786	9,059	10,294	11,764	13,207
週3回 / 月12回	11,656	13,565	15,417	17,623	19,786

② 運営規程で定められた介護報酬外の費用(利用者10割負担、税込み)

単位：円

項目	金額	備考
食事提供代	980	1食820円+おやつ160円
CSセット	275	利用者様およびご家族様の希望で提供した場合
おむつ代	実費	利用者様およびご家族様の希望で提供した場合
行事・催事材料代	実費	利用者様およびご家族様の希望で提供した場合
個別活動材料代	実費	利用者様およびご家族様の希望で提供した場合
当日キャンセル代	820	前日17:00以降にキャンセルされた場合

※ その他必要に応じて各項目が加算されます。

■ その他

- ・ 上記料金表はすべて概算の参考利用料です。ご利用状況により変動します。
- ・ この他、訪問リハビリテーションサービスも行っています。お気軽にお問い合わせください。