



令和6年6月利用料(7月引き落とし分より)から自己負担額が変わります。

1 基本料金 1割負担の場合

要介護区分	自己負担額30日分(1日)
要介護1	17,670円(589円)
要介護2	19,770円(659円)
要介護3	21,960円(732円)
要介護4	24,060円(802円)
要介護5	26,130円(871円)

■ その他

○入院(外泊)の際は、入院(外泊)の翌日から6日間は、1日246円の外泊加算が発生致します。(複数の月にまたがる場合は、最大12日間)

○新入所日の場合及び30日以上入院した場合、1日30円の初期加算の対象となります。

○医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合は、1回6円の療養食加算が発生致します。
(療養食とは、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、高脂血症食・痛風食など)

2 加算料金

	自己負担額
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10円/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5円/月
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	36円/日
夜間職員配置加算(Ⅰ)1	22円/日
看護体制加算(Ⅰ)1	6円/日
介護職員等処遇改善加算	14%
看護体制加算(Ⅱ)1	13円/日
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円/月
協力医療機関連携加算(Ⅱ)	5円/月
科学的介護推進体制加算	40円/月

3 居住費

負担限度額	多床室		従来型個室	
	日額	30日	日額	30日
利用者負担第1段階	0円	0円	380円	11,400円
利用者負担第2段階	430円	12,900円	480円	14,400円
利用者負担第3段階①	430円	12,900円	880円	26,400円
利用者負担第3段階②	430円	12,900円	880円	26,400円
標準利用者負担額	915円	27,450円	1,231円	36,930円

4 食費

負担限度額	食費	
	日額	30日
利用者負担第1段階	300円	9,000円
利用者負担第2段階	390円	11,700円
利用者負担第3段階①	650円	19,500円
利用者負担第3段階②	1,360円	40,800円
標準利用者負担額	1,445円	43,350円

5

【月額料金表】(30日)

①基本料金 + ②加算料金 + ③居住費 + ④食費

多床室(4人部屋等)

負担限度額	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担第 1 段階	31,857円	34,251円	36,748円	39,142円	41,501円
利用者負担第 2 段階	47,457円	49,851円	52,348円	54,742円	57,101円
利用者負担第 3 段階 ①	55,257円	57,651円	60,148円	62,542円	64,901円
利用者負担第 3 段階 ②	76,557円	78,951円	81,448円	83,842円	86,201円
標準利用者負担額	93,657円	96,051円	98,548円	100,942円	103,301円

従来型個室

負担限度額	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担第 1 段階	43,257円	45,651円	48,148円	50,542円	52,901円
利用者負担第 2 段階	48,957円	51,351円	53,848円	56,242円	58,601円
利用者負担第 3 段階 ①	68,757円	71,151円	73,648円	76,042円	78,401円
利用者負担第 3 段階 ②	90,057円	92,451円	94,948円	97,342円	99,701円
標準利用者負担額	103,137円	105,531円	108,028円	110,422円	112,781円

※その他、医療費・嗜好品費・理容費・家族会費等あり

※入院中は居室管理料として



お問い合わせ先

社会福祉法人 郁青会
特別養護老人ホーム サンバードナーシングホーム

〒710-0133 岡山県倉敷市藤戸町藤戸1585-1

TEL. 086-429-0018

FAX. 086-429-1230

✉soudansien3810@comet.ocn.ne.jp

