

ユニット型

特別養護老人ホームセイワ松戸
利用料金表

令和8年6月1日現在

① 介護保険対象の料金

地域区分: 松戸市=5級地 (1単位あたり 10.45円)

報酬類型: ユニット型介護福祉施設サービス費(Ⅰ)ユニット型個室

要介護度	1日あたり							1月あたり			介護保険 10割分	自己負担額		
	ユニット型介護福祉施設サービス費Ⅰ	看護体制加算Ⅰ	看護体制加算Ⅱ	夜勤職員加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅱ	精神科医療養指導加算	合計単位数	科学的介護推進体制加算Ⅰ	生産性向上推進体制加算Ⅱ	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)Ⅱ		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	670	4	8	18	46	5	751	40	10	左記合計の17.6%を加算	¥286,654	¥28,666	¥57,331	¥85,997
要介護2	740	4	8	18	46	5	821	40	10		¥313,218	¥31,322	¥62,644	¥93,966
要介護3	815	4	8	18	46	5	896	40	10		¥342,049	¥34,205	¥68,410	¥102,615
要介護4	886	4	8	18	46	5	967	40	10		¥368,937	¥36,894	¥73,788	¥110,682
要介護5	955	4	8	18	46	5	1036	40	10		¥395,177	¥39,518	¥79,036	¥118,554

※「施設内洗濯料金」「オムツ代」は利用料金に含まれます。
 初期加算(新規入所後30日間、30日超の入院、退院後30日間 約950円)・外泊時加算(6日まで約260円/日)・安全対策体制加算(新規入所時約21円)
 療養食加算(約7円/食)・経口維持加算(400単位/月)・看取り介護加算(最大約7,700円)
 ※上記金額は、1割負担での額。

② 食費・居住費

負担限度額認定		居住費 (1日あたり)	食費 (1日あたり)	合計 (31日あたり)
第4段階	減額対象外: 以下第1~3段階に該当しない方	¥2,800	¥1,860	¥144,460
第3段階	② 世帯全員が市民税非課税で年金収入額とその他の合計所得金額が120万円超の方	¥1,370	¥1,360	¥84,630
	① 世帯全員が市民税非課税で年金収入額とその他の合計所得金額80万円超120万円以下の方	¥1,370	¥650	¥62,620
第2段階	世帯全員が市民税非課税で年金収入額とその他の合計所得金額が80万円以下の方	¥880	¥390	¥39,370
第1段階	世帯全員が市民税非課税で高齢福祉年金受給者、生活保護受給者	¥880	¥300	¥36,580

※食費内訳 / 朝食:516円 昼食:635円 おやつ:94円 夕食:615円
 ※介護保険負担限度額認定証は、介護保険課にて申請を行い該当者のみ発行されます。
 ※減額対象外の方は、外泊時(入院時)は居住費のみ発生します。

①+② 月額利用料の合計(目安)

負担限度額認定	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
第4段階	1割	¥173,126	1割	¥175,782	1割	¥178,665	1割	¥181,354	1割	¥183,978
	2割	¥201,791	2割	¥207,104	2割	¥212,870	2割	¥218,248	2割	¥223,496
	3割	¥230,457	3割	¥238,426	3割	¥247,075	3割	¥255,142	3割	¥263,014
第3段階	② 1割	¥113,296	1割	¥115,952	1割	¥118,835	1割	¥121,524	1割	¥124,148
	① 1割	¥91,286	1割	¥93,942	1割	¥96,825	1割	¥99,514	1割	¥102,138
第2段階	1割	¥68,036	1割	¥70,692	1割	¥73,575	1割	¥76,264	1割	¥78,888
第1段階	1割	¥65,246	1割	¥67,902	1割	¥70,785	1割	¥73,474	1割	¥76,098

その他実費

区分	項目	金額
電気料金	テレビ電気使用量	1月 ¥100
	その他電気使用量(コンセント1本)	1月 ¥100
理美容(税込)	ヘアカット	1回 実費
	その他(顔そり・髭剃り・毛染め等)	実費
余暇活動費	クレイアート(紙粘土)	1回 ¥300
飲み物代	コーヒー	1月 ¥200
手数料	行政手続き代行手数料	1回 ¥200
	証明書等発行手数料	1枚 ¥100
	預り金出納管理量(現金のみ)	1月 ¥300
	預り金出納管理量(現金・通帳)	1月 ¥1,000
	買い物代行手数料	1回 ¥200

区分	項目	金額
個人使用の生活用品	ボックスティッシュ	1箱 実費
	乾電池類	実費
	歯ブラシ・歯磨き粉	実費
医療費	医療費・薬剤費・予防接種	実費
	医療保険適用外 材料費 (チューブ・ガーゼ等、医療保険適用外の個人的に使用する物の費用)	実費
その他	コピー代	1枚 ¥10
	切手代	実費
	栄養補助食品(処方外)	実費