

<ソルティル 指定看護小規模多機能型居宅介護 ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 1割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出した負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、請求させていただきます。下記の負担額はあくまで目安額であり、実際の請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
看護小規模多機能型居宅介護費	13,122	18,361	25,810	29,273	33,113
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(10.2%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(1.5%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定				
①上記項目の自己負担額 小計(1月当たり)	14,880	20,821	29,269	33,196	37,550

※月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間、月の途中で終了した場合は、月初から起算日までの期間日割り。

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
食 費 ※ ⑥	1,700
宿 泊 費	2,600
②上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	4,300

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当たりのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当たり	備 考
初 期 加 算	36	
認 知 症 加 算 (Ⅰ)	958	1月あたり
認 知 症 加 算 (Ⅱ)	600	1月あたり
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	958	認知症加算を算定している場合、算定しない
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (Ⅰ)	24	6月に1回を限度
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (Ⅱ)	7	6月に1回を限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	180	月2回を限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	191	月2回を限度
退 院 時 共 同 指 導 加 算	718	1回につき
緊 急 時 訪 問 看 護 加 算	688	1月あたり
特 別 管 理 加 算 (Ⅰ)	600	1月あたり
特 別 管 理 加 算 (Ⅱ)	300	1月あたり
タ ー ミ ナ ル ケ ア 加 算	2,393	死亡月につき
訪 問 体 制 強 化 加 算	1,197	1月あたり
総 合 マ ネ ジ メ ン ト 体 制 強 化 加 算	1,197	1月あたり
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	49	1月あたり
褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅰ)	4	1月あたり
褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅱ)	15	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅰ)	12	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅱ)	18	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅲ)	24	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅰ)	898	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅱ)	766	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅲ)	419	1月あたり

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

④キャンセル料(不課税)

- i. 利用開始前日の午後5時までに申し出がなかった場合、キャンセル料(食費と宿泊費)をお支払いただきます。

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
教 養 娯 楽 費	実 費
複 写 物 の 交 付 (1枚当たり)	22
地 域 外 送 迎 (片道)	2,024

※⑥食費内訳(非課税)

種 別	料 金
朝 食	400
昼 食 ※	700
夕 食	600
合 計	1,700

- (注)・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
 ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
 ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

※おやつ代込み

<ソルティル 指定看護小規模多機能型居宅介護 ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 2割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出した負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、請求させていただきます。下記の負担額はあくまで目安額であり、実際の請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
看護小規模多機能型居宅介護費	26,244	36,721	51,619	58,546	66,225
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(10.2%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(1.5%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定				
①上記項目の自己負担額 小計(1月当たり)	29,761	41,642	58,536	66,391	75,099

※月の途中で開始した場合は、起算日から月末までの期間、月の途中で終了した場合は、月初から起算日までの期間日割り。

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
食 費 ※ ⑥	1,700
宿 泊 費	2,600
②上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	4,300

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当たりのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当たり	備 考
初 期 加 算	72	
認 知 症 加 算 (Ⅰ)	1,916	1月あたり
認 知 症 加 算 (Ⅱ)	1,199	1月あたり
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	1,916	認知症加算を算定している場合、算定しない
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (Ⅰ)	47	6月に1回を限度
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (Ⅱ)	13	6月に1回を限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	359	月2回を限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	382	月2回を限度
退 院 時 共 同 指 導 加 算	1,435	1回につき
緊 急 時 訪 問 看 護 加 算	1,376	1月あたり
特 別 管 理 加 算 (Ⅰ)	1,199	1月あたり
特 別 管 理 加 算 (Ⅱ)	600	1月あたり
タ ー ミ ナ ル ケ ア 加 算	4,786	死亡月につき
訪 問 体 制 強 化 加 算	2,393	1月あたり
総 合 マ ネ ジ メ ン ト 体 制 強 化 加 算	2,393	1月あたり
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	97	1月あたり
褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅰ)	7	1月あたり
褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅱ)	30	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅰ)	24	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅱ)	36	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅲ)	47	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅰ)	1,796	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅱ)	1,532	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅲ)	838	1月あたり

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

④キャンセル料(不課税)

- i. 利用開始前日の午後5時までにお申し出がなかった場合、キャンセル料(食費と宿泊費)をお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
教 養 娯 楽 費	実 費
複 写 物 の 交 付 (1枚当たり)	22
地 域 外 送 迎 (片道)	2,024

※⑥食費内訳(非課税)

種 別	料 金
朝 食	400
昼 食 ※	700
夕 食	600
合 計	1,700

- (注)・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
 ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
 ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

※おやつ代込み

<ソルティル 指定看護小規模多機能型居宅介護 ご利用者負担額目安一覧表>

利用者負担割合 3割

【基本料金】介護保険給付対象サービス①(非課税)

令和4年10月1日現在 (単位=円)

介護保険の各種単位数から算出した負担額目安です。後記、加算項目に該当したサービスを提供させていただいた場合は、その額を加算し、請求させていただきます。下記の負担額はあくまで目安額であり、実際の請求とは誤差が出ることをご了承ください。

項 目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
看護小規模多機能型居宅介護費	39,366	55,081	77,429	87,819	99,337
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(10.2%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位数に加算率(1.5%)を乗じた単位数で算定				
介護職員等ベースアップ等支援加算	合計単位数に加算率(1.7%)を乗じた単位数で算定				
①上記項目の自己負担額 小計(1月当たり)	44,641	62,462	87,804	99,587	112,648

※月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間、月の途中で終了した場合は、月初から起算日までの期間日割り。

【基本料金】介護保険給付対象外サービス②(非課税)

項 目	ご負担額
食 費 ※ ⑥	1,700
宿 泊 費	2,600
②上記項目の自己負担額 小計(1日当たり)	4,300

【その他の利用料金】

③加算項目に該当した場合の1日又は1回当たりのご利用者負担額(非課税)

加算項目の名称	1日/1回当たり	備 考
初 期 加 算	108	
認 知 症 加 算 (Ⅰ)	2,874	1月あたり
認 知 症 加 算 (Ⅱ)	1,798	1月あたり
若 年 性 認 知 症 利 用 者 受 入 加 算	2,874	認知症加算を算定している場合、算定しない
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (Ⅰ)	70	6月に1回を限度
口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (Ⅱ)	19	6月に1回を限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅰ)	538	月2回を限度
口 腔 機 能 向 上 加 算 (Ⅱ)	573	月2回を限度
退 院 時 共 同 指 導 加 算	2,153	1回につき
緊 急 時 訪 問 看 護 加 算	2,064	1月あたり
特 別 管 理 加 算 (Ⅰ)	1,798	1月あたり
特 別 管 理 加 算 (Ⅱ)	899	1月あたり
タ ー ミ ナ ル ケ ア 加 算	7,179	死亡月につき
訪 問 体 制 強 化 加 算	3,589	1月あたり
総 合 マ ネ ジ メ ン ト 体 制 強 化 加 算	3,589	1月あたり
科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	146	1月あたり
褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅰ)	10	1月あたり
褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 (Ⅱ)	45	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅰ)	35	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅱ)	54	1月あたり
排 せ つ 支 援 加 算 (Ⅲ)	70	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅰ)	2,694	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅱ)	2,298	1月あたり
サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 (Ⅲ)	1,257	1月あたり

上記の額は、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等ベースアップ等支援加算を含めた目安額です。

④キャンセル料(不課税)

- i. 利用開始前日の午後5時までに申し出がなかった場合、キャンセル料(食費と宿泊費)をお支払いいただきます。

⑤その他の別途料金(課税)

項 目	料 金
教 養 娯 楽 費	実 費
複 写 物 の 交 付 (1枚当たり)	22
地 域 外 送 迎 (片道)	2,024

※⑥食費内訳(非課税)

種 別	料 金
朝 食	400
昼 食 ※	700
夕 食	600
合 計	1,700

- (注)・利用料は介護保険法等関連法令の規定によります。
 ・介護保険制度の改正に伴い、変更される場合があります。
 ・課税対象となる料金は消費税込の額を表示しています。

※おやつ代込み