

〈 地域密着型特別養護老人ホーム リバーサイド中広 利用料金一覧表 〉

月の利用料金(概算)は以下のとおりとなります。(単位はいずれも円)

○介護サービス費(1割負担)・・・①

利用者負担 段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1					
要介護2					
要介護3	28,728 945	28,728 945	28,728 945	28,728 945	28,728 945
要介護4	36,753 1,209	36,753 1,209	36,753 1,209	36,753 1,209	36,753 1,209
要介護5	39,246 1,291	39,246 1,291	39,246 1,291	39,246 1,291	39,246 1,291

○居住費及び食費(食材料費、調理費相当)・・・②

\*下段：一日あたり/要介護度に関わらず共通

利用者負担 段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
居住費	26,752 880	26,752 880	41,648 1,370	41,648 1,370	85,120 2,800
食費	9,120 300	11,856 390	19,760 650	41,344 1,360	48,640 1,600

○合計・・・①+②

利用者負担 段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1					
要介護2					
要介護3	64,600	67,336	90,136	111,720	162,488
要介護4	72,625	75,361	98,161	119,745	170,513
要介護5	75,118	77,854	100,654	122,238	173,006

○上記料金は、令和6年8月1日時点の料金です。

○利用者負担段階の収入の目安については裏面をごらんください。

○上記料金には、看護体制加算・日常生活継続支援加算・精神科医療養指導加算・処遇改善加算等が含まれております  
その他職員配置状況による加算が、14円～73円(いずれも一日あたり)上乗せとなる場合があります。

○上記料金は、現時点での加算等を算定し概算として計算したものとなります。ご利用者様によっては、  
正式な料金算定時に上記金額と多少の差異が発生する場合がございますのでご了承ください。

○理美容・クラブ活動等を希望によりご利用された場合には、別途実費をご負担いただきます。

○被爆者健康手帳をお持ちの方は介護サービス費のみ無料となります。

## (利用者負担段階の収入の目安)

居住費及び食費については、属する世帯の住民税課税の状況や入所希望者の収入に応じて、1日あたりの負担上限額が決められております。

目安となる収入については以下の表のとおりです。

\*この負担段階については、本人が属する自治体に申請を行い毎年見直しが行われます。  
よって、入所途中で 段階が上下する事があります。

区 分	対 象 者	
利用者負担第1段階	市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯 全 員 が	生活保護受給者
		老齢福祉年金受給者
利用者負担第2段階		前年の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下でかつ預貯金合計650万円（配偶者有の場合は1,650万円）以下の方
利用者負担第3段階①		前年の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上120万円以下でかつ預貯金合計650万円（配偶者有の場合は1,650万円）以下の方
利用者負担第3段階②		前年の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円以上でかつ預貯金合計650万円（配偶者有の場合は1,650万円）以下の方
利用者負担第4段階	上記以外の方	