

【同意書】

令和7年4月1日～

介護付き有料老人ホーム オリーブの苑 入所料金表

区分	居住費				月額	介護保険利用者負担額(1割負担)					月額利用料
	居室代	管理費	食費	共益費	小計	(介護予防)特定施設入居者介護費(30日)	医療機関連携加算(1ヶ月)	科学的介護推進体制加算(1ヶ月)	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(30日)	月額合計	利用者負担合計
要支援1	76,000	20,000	43,500	4,000	143,500	5,490	100	40	619	6,249	149,749
要支援2	76,000	20,000	43,500	4,000	143,500	9,390	100	40	1,048	10,578	154,078
要介護1	42,000	20,000	43,500	4,000	109,500	16,260	100	40	1,804	18,204	127,704
要介護2	42,000	20,000	43,500	4,000	109,500	18,270	100	40	2,025	20,435	129,935
要介護3	42,000	20,000	43,500	4,000	109,500	20,370	100	40	2,256	22,766	132,266
要介護4	42,000	20,000	43,500	4,000	109,500	22,320	100	40	2,470	24,930	134,430
要介護5	42,000	20,000	43,500	4,000	109,500	24,390	100	40	2,698	27,228	136,728

※利用者負担割合証は、毎年保険者から交付される「介護保険負担割合証」で確認させていただきます

※(介護予防)特定施設入居者介護費は、1ヶ月(30日)にかかる費用となっています。

※介護職員処遇改善加算は、1ヶ月の介護保険給付費の110/1000の単位数を月1回算定します。その為、月の利用回数などに応じて変動します。

※居宅療養管理指導(医師、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士)を利用される方は別途、介護保険費用負担となります。

※別途、医療費・薬代、オムツ代等が実費負担となります。

※入所料金表、加算等についてご不明な点がある場合はご相談下さい。

入所利用料金の説明を受けました。

令和 年 月 日 本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 本人との続柄() _____