

特別養護老人ホームセイフティー信和 料金表

令和6(2024)年4月1日現在

1日当たり

(単位:円)

要介護度	区分	基本額 (単位数)	居住費	食費	日常生活品費	事務管理費	合計
要介護1	第1段階	589	0	300	200	150	1,239
	第2段階		370	390			1,699
	第3段階①		370	650			1,959
	第3段階②		370	1,360			2,669
	第4段階		860	1,480			3,279
要介護2	第1段階	659	0	300	200	150	1,309
	第2段階		370	390			1,769
	第3段階①		370	650			2,029
	第3段階②		370	1,360			2,739
	第4段階		860	1,480			3,349
要介護3	第1段階	732	0	300	200	150	1,382
	第2段階		370	390			1,842
	第3段階①		370	650			2,102
	第3段階②		370	1,360			2,812
	第4段階		860	1,480			3,422
要介護4	第1段階	802	0	300	200	150	1,452
	第2段階		370	390			1,912
	第3段階①		370	650			2,172
	第3段階②		370	1,360			2,882
	第4段階		860	1,480			3,492
要介護5	第1段階	871	0	300	200	150	1,521
	第2段階		370	390			1,981
	第3段階①		370	650			2,241
	第3段階②		370	1,360			2,951
	第4段階		860	1,480			3,561

※上記基本額及び下記加算は、本人負担割合が1割の場合の金額です。

(各種加算) ※入所者全員対象

看護体制加算(Ⅰ)口	4円/日	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	月の総単位数の8.3%
夜勤職員配置加算(Ⅲ)口	16円/日	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	月の総単位数の2.7%
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	36円/日	介護職員等ベースアップ等支援加算	月の総単位数の1.6%

(各種加算) ※該当者のみ

個別機能訓練加算	12円/日	療養食加算	6円/回 (1日に3回を限度)
経口移行加算	28円/日	看取り介護加算(Ⅰ)	72円~1,280円/日
経口維持加算(Ⅰ)	400円/月	若年性認知症入所者受入加算	120円/日
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110円/月	外泊時在宅サービス利用費用	560円/日 (月6日限度)
初期加算	30円/日 (30日を限度)	安全対策体制加算	20円/回 (1回を限度)
外泊時費用	246円/日 (月6日限度)	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3円/月
認知症行動・心理症状緊急対応加	200円/日 (入所日より7日を限度)	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13円/月
再入所時栄養連携加算	200円/回 (1回を限度)	排泄支援加算(Ⅰ)	10円/月
配置医師緊急時対応加算	325円/回	協力医療機関連携加算(1)	100円/月
" 早朝・夜間の場	650円/回	協力医療機関連携加算(2)	5円/月
" 深夜の場合	1,300円/回	退所時情報提供加算	250円/回 (1回を限度)
特別通院送迎加算	594円/月	退所時栄養情報連携加算	70円/回 (月1回限度)
高齢者施設等感染対策向上加算	10円/月	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5円/月

(その他の料金)

特別な食事代	実費
レンタルテレビ代	100円/日
電化製品持ち込み代	50円/日
喫茶代	100円/日
トロミ代	20円/日
理美容代	実費
複写物(コピー代)	10円/枚

貸しテレビによる使用料
個数制限なし(コンセントを使用するもの)
飲み物代(経管栄養者は除く。)
月に理容師の出張による理髪サービスあり

提出日 令和 年 月 日

入所申込書

登録NO

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

特別養護老人ホーム セイフティー信和

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 (印)

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名	
		電話	()
		携帯	()
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリカ`ナ		性別	保 険 者		
	氏名	印	男・女	被 保 険 者 番 号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	現住所	〒 住所		要 介 護 認 定 有 効 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：令和 年 月頃から				
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃 (まで・以降) に入所したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみでの申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請している施設名：)				

主介護者	フリカ`ナ		性別	入所申込者との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 ()			

その他の介護者	氏名		年齢		同居 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢		同居 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢		同居 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢		同居 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢		同居 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	氏名		年齢		同居 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係

