

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)

	実費	
特別な食事代		
レンタルテレビ代	100円/日	貸しテレビによる使用料
電化製品持ち込み代	50円/日	個数制限なし(コンセントを使用するもの)
喫茶代	100円/日	飲み物代(経管栄養者は除く。)
トロミ代	20円/日	
理美容代	実費	月に理容師の出張による理髪サービスあり
複写物(コピー代)	10円/枚	

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 <span style="float: right;">(印)</span>

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 險 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



セイフティー信和ショートステイ広谷 料金表(多床室)

R6.4.1現在

1日あたり

(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	合計
要支援1	第1段階	451	0	300	200	951
	第2段階		370	600		1,621
	第3段階①		370	1,000		2,021
	第3段階②		370	1,300		2,321
	第4段階		860	1,480		2,991
要支援2	第1段階	561	0	300	200	1,061
	第2段階		370	600		1,731
	第3段階①		370	1,000		2,131
	第3段階②		370	1,300		2,431
	第4段階		860	1,480		3,101
要介護1	第1段階	603	0	300	200	1,103
	第2段階		370	600		1,773
	第3段階①		370	1,000		2,173
	第3段階②		370	1,300		2,473
	第4段階		860	1,480		3,143
要介護2	第1段階	672	0	300	200	1,172
	第2段階		370	600		1,842
	第3段階①		370	1,000		2,242
	第3段階②		370	1,300		2,542
	第4段階		860	1,480		3,212
要介護3	第1段階	745	0	300	200	1,245
	第2段階		370	600		1,915
	第3段階①		370	1,000		2,315
	第3段階②		370	1,300		2,615
	第4段階		860	1,480		3,285
要介護4	第1段階	815	0	300	200	1,315
	第2段階		370	600		1,985
	第3段階①		370	1,000		2,385
	第3段階②		370	1,300		2,685
	第4段階		860	1,480		3,355
要介護5	第1段階	884	0	300	200	1,384
	第2段階		370	600		2,054
	第3段階①		370	1,000		2,454
	第3段階②		370	1,300		2,754
	第4段階		860	1,480		3,424

※上記基本額及び下記加算については1割負担の場合の金額です。

※食事代は1食毎の料金となっており朝食380円、昼食570円、夕食530円(1日1,480円)です。

区分	対象者
第1段階	・市町村民税非課税世帯で、高齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者 ・預貯金額1,000万円(夫婦の場合2,000万円)以下の方
第2段階	・市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年80万円以下の方 ・預貯金額が650万円(夫婦の場合1,650万円)以下の方
第3段階①	・市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年80万円超120万円以下の方 ・預貯金額が550万円(夫婦の場合1,550万円)以下の方
第3段階②	・市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が120万円超の方 ・預貯金額が500万円(夫婦の場合1,500万円)以下の方
第4段階	上記以外の方

(各種加算) ※利用者全員対象

機能訓練指導体制加算	12円/日
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円/日 (特養空床利用の場合)
看護体制加算(Ⅲ)イ	12円/日 (要支援者除く)
看護体制加算(Ⅳ)イ	23円/日 (要支援者除く)
看護体制加算(Ⅰ)イ	4円/日 (特養空床利用の場合・要支援者除く)
夜勤職員配置加算(Ⅲ)	15円/日 (要支援者除く)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	月の総単位数の8.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	月の総単位数の2.7%
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・減算) ※該当者のみ

医療連携強化加算	58円/日 (要支援者除く)	療養食加算	8円/回(1日3回を限度)
認知症行動心理症状緊急対応加算	200円/日 (7日を限度)	送迎加算	片道184円/回
緊急短期入所受入加算	90円/日 (要支援者除く・14日を限度)		
若年性認知症利用者受入加算	120円/日		
長期利用者による減算 (連続30日を超える場合)	▲30円/日		
看取り連携体制加算	64円/日 (30日以内7日を限度)		

(その他の料金)

複写物(コピー代)	10円/枚
レンタルテレビ代	100円/日 貸しテレビによる使用料
持込電化製品(コンセントを使用するもの)	50円/日
トロミ代	20円/日
おやつ代	50円/日
特別な食事代	実費
理美容代	実費 月に2回理容師の出張による理髪サービスあり

## 介護付有料老人ホームセイフティー信和料金表

R6.4.1現在

### 要支援及び要介護の方

①月額基本料金(家賃・管理費・食費)に、②介護保険サービス料金、及び③その他にかかる費用を加えた金額が月のご利用料金となります。

#### ①月額基本料金

項目	金額	備考
家賃	51,000円	トイレ有り・介護ベッド・収納家具など完備
	49,000円	トイレ無し・介護ベッド・収納家具など完備
管理費	41,500円	共用施設の維持管理、事務費、ごみ処理・清掃業者・消耗品代、生活サービス等に係る人件費、室内備品の保守等預り金管理、事務代行費等
食費	47,940円	1日1,598円(内訳:朝食410円・昼食616円・夕食572円)で月のご利用回数分になります。 ※左記金額は30日計算の金額です。
月額基本料金	138,940円	トイレ有り
	136,940円	トイレ無し

家賃・管理費は入退居状況により日割り計算となる場合があります。  
日割り方法については対象金額を30日で除し、請求対象日数を乗じた金額(端数切り捨て)でご負担いただきます。

#### ②介護保険にかかる費用(自己負担分)

介護保険法令に基づき、要介護度別に算定させていただきます。

介護保険サービス【(介護予防)特定入居者生活介護】料金表

単位:円

要介護度	基本単位/月	サービス提供体制強化加算(I)	介護職員処遇改善加算(I) /月 ※1	介護職員等特定処遇改善加算(I) /月 ※2	介護職員等ベースアップ等支援加算 /月 ※3	自己負担額 /月 ※4
要支援1	5,490 (183/日)	660(22/日)	504	111	92	6,857
要支援2	9,390 (313/日)		824	181	151	11,206
要介護1	16,260 (542/日)		1,404	305	254	18,883
要介護2	18,270 (609/日)		1,571	341	284	21,126
要介護3	20,370 (679/日)		1,745	379	315	23,469
要介護4	22,320 (744/日)		1,907	414	345	24,986
要介護5	24,390(813/日)		2,079	451	376	27,956

(その他の加算)※該当者のみ

看取り介護加算(I)	72円~1,280円/日	
協力医療機関連携加算	100円/月	(相談・診療を行う体制を常時確保してる医療機関と連携している場合)
協力医療機関連携加算	40円/月	(相談・診療を行う体制を医療機関と連携している場合)
生産性向上推進体制加算(II)	10円/月	
若年性認知症入居者受入加算	120円/日	
口腔・栄養スクリーニング加算	20円/回	※6月に1回を限度
退所・退院時連携加算	30円/日	
退居時情報提供加算	250円/回	
夜間看護体制加算(II)	9円/日	

※1 介護職員処遇改善加算(I)は、1か月の介護保険給付費の合計に8.2%を乗じたものを月1回算定します。

※2 介護職員等特定処遇改善加算(I)は、1か月の介護保険給付費の合計に1.8%を乗じたものを月1回算定します。

※3 介護職員等ベースアップ等支援加算(I)は、1か月の介護保険給付費の合計に1.5%を乗じたものを月1回算定します。

※4 上記金額は、1か月30日として1割負担で計算した場合です。

#### ③その他の費用

おむつ代(実費)  
週3回目以降の入浴 500円/回  
買い物代行・外出支援費 1,000円/1時間  
協力病院(府中市民病院)以外の通院介助費 1,000円/1時間  
トロミ代 21円/日  
おやつ代 50円/日  
持込電気製品使用代(コンセント使用料) 1日/50円 ※電気シェーバーは除く

●介護付有料老人ホームセイフティー信和では、入居に際しての入居金・敷金などはございません。

●要支援及び要介護の認定をうけた方は、介護付有料老人ホームの契約と共に、介護保険サービスにおける(介護予防)特定入居者生活介護の適用となります。

●上記金額は全て税込価格です。