

要介護度	介護保険対象									介護保険対象外				個人負担料合計【31日分】		
	基本利用料 〈A〉	サービス提供体制強化加算 (I) 〈B〉	機能訓練加算(I) 〈C〉	機能訓練加算(II) 【月額】 〈D〉	褥瘡マネジメント加算 【月額】 〈E〉	排泄支援加算 【月額】 〈F〉	科学的介護推進体制加算 【月額】 〈G〉	介護職員処遇改善加算(I) (A~Cの合計×日数 +(D~G)×14% 【31日分】	介護サービス費合計【31日分】		負担者段階	居住費	食費	居住費+食費【31日分】 ③	1割負担 ①+③	2割負担 ②+③
									1割負担 ①	2割負担 ②						
1	589	22	12	20	3	10	50	2,715	22,111	44,222	1	0	300	9,300	31,411	/
											2	430	390	25,420	47,531	
											3①	430	650	33,480	55,591	
											3②	430	1,360	55,490	77,601	
											4	915	1,445	73,160	95,271	
2	659	22	12	20	3	10	50	3,019	24,585	49,170	1	0	300	9,300	33,885	/
											2	430	390	25,420	50,005	
											3①	430	650	33,480	58,065	
											3②	430	1,360	55,490	80,075	
											4	915	1,445	73,160	97,745	
3	732	22	12	20	3	10	50	3,336	27,165	54,330	1	0	300	9,300	36,465	/
											2	430	390	25,420	52,585	
											3①	430	650	33,480	60,645	
											3②	430	1,360	55,490	82,655	
											4	915	1,445	73,160	100,325	
4	802	22	12	20	3	10	50	3,640	29,639	59,278	1	0	300	9,300	38,939	/
											2	430	390	25,420	55,059	
											3①	430	650	33,480	63,119	
											3②	430	1,360	55,490	85,129	
											4	915	1,445	73,160	102,799	
5	871	22	12	20	3	10	50	3,939	32,077	64,154	1	0	300	9,300	41,377	/
											2	430	390	25,420	57,497	
											3①	430	650	33,480	65,557	
											3②	430	1,360	55,490	87,567	
											4	915	1,445	73,160	105,237	

※電気使用料（500円/月）、療養食加算（6円/回）、外泊時費用（246円/日）、低栄養リスク改善加算（300円/月）、経口維持加算（400円/月）、口腔衛生管理体制加算（110円/月）等、個別で負担されている料金は含まれておりません。

※安全管理体制加算（20円）は入所時1度の加算となります。

※入所時、初期加算（30円/日）や認知症行動・心理症状緊急対応加算（200円/日）が加算される場合があります。

※加算内容によって介護サービス費合計が変わります。

要介護度	介護保険対象									介護保険対象外				個人負担料合計【31日分】		
	基本利用料 〈A〉	サービス提供体制強化加算(I) 〈B〉	機能訓練加算(I) 〈C〉	機能訓練加算(II) 【月額】 〈D〉	褥瘡マネジメント加算【月額】 〈E〉	排泄支援加算【月額】 〈F〉	科学的介護推進体制加算【月額】 〈G〉	介護職員処遇改善加算(I) (A~Cの合計×日数 +(D~G)×14% 【31日分】	介護サービス費合計【31日分】		負担者段階	居住費	食費	居住費+食費【31日分】 ③	1割負担 ①+③	2割負担 ②+③
									1割負担 ①	2割負担 ②						
1	589	22	12	20	3	10	50	2,715	22,111	44,222	1	380	300	21,080	43,191	127,178
											2	480	390	26,970	49,081	
											3①	880	650	47,430	69,541	
											3②	880	1,360	69,440	91,551	
											4	1,231	1,445	82,956	105,067	
2	659	22	12	20	3	10	50	3,019	24,585	49,170	1	380	300	21,080	45,665	132,126
											2	480	390	26,970	51,555	
											3①	880	650	47,430	72,015	
											3②	880	1,360	69,440	94,025	
											4	1,231	1,445	82,956	107,541	
3	732	22	12	20	3	10	50	3,336	27,165	54,330	1	380	300	21,080	48,245	137,286
											2	480	390	26,970	54,135	
											3①	880	650	47,430	74,595	
											3②	880	1,360	69,440	96,605	
											4	1,231	1,445	82,956	110,121	
4	802	22	12	20	3	10	50	3,640	29,639	59,278	1	380	300	21,080	50,719	142,234
											2	480	390	26,970	56,609	
											3①	880	650	47,430	77,069	
											3②	880	1,360	69,440	99,079	
											4	1,231	1,445	82,956	112,595	
5	871	22	12	20	3	10	50	3,939	32,077	64,154	1	380	300	21,080	53,157	147,110
											2	480	390	26,970	59,047	
											3①	880	650	47,430	79,507	
											3②	880	1,360	69,440	101,517	
											4	1,231	1,445	82,956	115,033	

※電気使用料（500円/月）、療養食加算（6円/回）、外泊時費用（246円/日）、低栄養リスク改善加算（300円/月）、経口維持加算（400円/月）、口腔衛生管理体制加算（110円/月）等、個別で負担されている料金は含まれておりません。

※安全管理体制加算（20円）は入所時1度の加算となります。

※入所時、初期加算（30円/日）や認知症行動・心理症状緊急対応加算（200円/日）が加算される場合があります。

※加算内容によって介護サービス費合計が変わります。