特別養護老人ホーム　ラポール藤沢　サテライト城南　料金表

2026年8月1日

１．利用料金（介護保険の料金：自己負担額は1割～3割 の料金となります）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
施設介護サービス費（単位数）/日	682	753	828	901	971
夜勤職員配置加算（単位数）/日	18	18	18	18	18
日常生活継続支援加算（単位数）/日	46	46	46	46	46
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）/月	3	3	3	3	3
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）/月	13	13	13	13	13
口腔衛生管理加算〈単位数）/月	90	90	90	90	90
ADL維持等加算（Ⅰ）/月	30	30	30	30	30
ADL維持等加算（Ⅱ）/月	60	60	60	60	60
排せつ支援加算/月	10	10	10	10	10
科学的介護推進体制加算/月	40	40	40	40	40
生産性向上推進体制加算　（Ⅰ）/月	100	100	100	100	100
生産性向上推進体制加算　（Ⅱ）/月	10	10	10	10	10
月額単位	22563	24693	26943	29133	31233
介護職員等処遇改善加算Ⅰ/月	3,971	4,346	4,742	5,127	5,497
単位合計	26,534	29,039	31,685	34,260	36,730
地域加算	10.54	10.54	10.54	10.54	10.54
月　　額（円）（30日で計算）	279,668円	306,071円	333,959円	361,100円	387,134円
利用者１割負担額（月額・円）	27,967円	30,608円	33,396円	36,110円	38,714円
利用者２割負担額（月額・円）	55,934円	61,215円	66,792円	72,220円	77,427円
利用者３割負担額（月額・円）	83,901円	91,822円	100,188円	108,330円	116,141円

※月額、利用者負担額は、端数処理の関係で1円単位の誤差がでることがあります。

※1か月を30日で計算していますので、月により利用料金が変わります。又、月ごとに加算が変更される場合があります。

※加算については、入居者の状況等により、初期加算、看取り加算、安全対策体制加算等が加わることがあります。

２．居住費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室（日額）	880円	880円	1,370円	1,470円	2,600円
月　　額（30日で計算）	26,400円	26,400円	41,100円	44,100円	78,000円

３．食費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
日　　額	300円	390円	680円	1,420円	1,700円
月　　額（30日で計算）	9,000円	11,700円	20,400円	42,600円	51,000円

４．1ヶ月のご利用料総額（段階別月額合計　30日で計算）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
第1段階	63,367円	66,008円	68,796円	71,510円	74,114円
第2段階	66,067円	68,708円	71,496円	74,210円	76,814円
第3段階①	89,467円	92,108円	94,896円	97,610円	100,214円
第3段階②	114,667円	117,308円	120,096円	122,810円	125,414円
第4段階（１割負担額）	156,967円	159,608円	162,396円	165,110円	167,714円
第4段階（２割負担額）	184,934円	190,215円	195,792円	201,220円	206,427円
第4段階（3割負担額）	212,901円	220,822円	229,188円	237,330円	245,141円

※おやつ、理美容、医療費等は実費負担となります。

５．利用者負担額算出方法

総単位数　×　地域単価　＝　総費用額【小数点以下切捨て】

総費用額　－（総費用額　×　負担割合【小数点以下切捨て】）　＝　利用者負担額

※総単位数は１か月のサービス合計単位数（介護福祉施設サービス費+各種加算）に介護職員等処遇改善加算（17.6/100）を乗じて算出します。

※藤沢市の地域単価は10.54円となります。

※負担割合は1割の場合は0.9、2割の場合は0.8、3割の場合は0.7となります。

※法定代理受領を行わない場合(要介護認定を受けていない等)は、総費用額を一旦お支払いいただきます。(償還払いのお手続きが必要となります)

【説明確認欄】

年　　月　　日

本料金表に基づいて、利用料について説明をいたしました。

社会福祉法人いきいき福祉会

特別養護老人ホームラポール藤沢　サテライト城南

施設長　氏名　　近澤　美由紀　　印

説明者　氏名　　星田　　美佳　　印

上記の利用料について説明を受け、その内容に同意いたしました。

契約者　　印

代理人　　印

特別養護老人ホーム　ラポール藤沢　サテライト城南　料金表

2026年8月1日

１．利用料金（介護保険の料金：自己負担額は1割～3割 の料金となります）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
施設介護サービス費（単位数）/日	682	753	828	901	971
夜勤職員配置加算（単位数）/日	18	18	18	18	18
日常生活継続支援加算（単位数）/日	46	46	46	46	46
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）/月	3	3	3	3	3
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）/月	13	13	13	13	13
口腔衛生管理加算〈単位数）/月	90	90	90	90	90
ADL維持等加算（Ⅰ）/月	30	30	30	30	30
ADL維持等加算（Ⅱ）/月	60	60	60	60	60
排せつ支援加算/月	10	10	10	10	10
科学的介護推進体制加算/月	40	40	40	40	40
生産性向上推進体制加算　（Ⅰ）/月	100	100	100	100	100
生産性向上推進体制加算　（Ⅱ）/月	10	10	10	10	10
月額単位	22563	24693	26943	29133	31233
介護職員等処遇改善加算Ⅰ/月	3,971	4,346	4,742	5,127	5,497
単位合計	26,534	29,039	31,685	34,260	36,730
地域加算	10.54	10.54	10.54	10.54	10.54
月　　額（円）（30日で計算）	279,668円	306,071円	333,959円	361,100円	387,134円
利用者１割負担額（月額・円）	27,967円	30,608円	33,396円	36,110円	38,714円
利用者２割負担額（月額・円）	55,934円	61,215円	66,792円	72,220円	77,427円
利用者３割負担額（月額・円）	83,901円	91,822円	100,188円	108,330円	116,141円

※月額、利用者負担額は、端数処理の関係で1円単位の誤差がでることがあります。

※1か月を30日で計算していますので、月により利用料金が変わります。又、月ごとに加算が変更される場合があります。

※加算については、入居者の状況等により、初期加算、看取り加算、安全対策体制加算等が加わることがあります。

２．居住費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室（日額）	880円	880円	1,370円	1,470円	2,600円
月　　額（30日で計算）	26,400円	26,400円	41,100円	44,100円	78,000円

３．食費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
日　　額	300円	390円	680円	1,420円	1,700円
月　　額（30日で計算）	9,000円	11,700円	20,400円	42,600円	51,000円

４．1ヶ月のご利用料総額（段階別月額合計　30日で計算）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
第1段階	63,367円	66,008円	68,796円	71,510円	74,114円
第2段階	66,067円	68,708円	71,496円	74,210円	76,814円
第3段階①	89,467円	92,108円	94,896円	97,610円	100,214円
第3段階②	114,667円	117,308円	120,096円	122,810円	125,414円
第4段階（１割負担額）	156,967円	159,608円	162,396円	165,110円	167,714円
第4段階（２割負担額）	184,934円	190,215円	195,792円	201,220円	206,427円
第4段階（3割負担額）	212,901円	220,822円	229,188円	237,330円	245,141円

※おやつ、理美容、医療費等は実費負担となります。

５．利用者負担額算出方法

総単位数　×　地域単価　＝　総費用額【小数点以下切捨て】

総費用額　－（総費用額　×　負担割合【小数点以下切捨て】）　＝　利用者負担額

※総単位数は１か月のサービス合計単位数（介護福祉施設サービス費+各種加算）に介護職員等処遇改善加算（17.6/100）を乗じて算出します。

※藤沢市の地域単価は10.54円となります。

※負担割合は1割の場合は0.9、2割の場合は0.8、3割の場合は0.7となります。

※法定代理受領を行わない場合(要介護認定を受けていない等)は、総費用額を一旦お支払いいただきます。(償還払いのお手続きが必要となります)

【説明確認欄】

年　　月　　日

本料金表に基づいて、利用料について説明をいたしました。

社会福祉法人いきいき福祉会

特別養護老人ホームラポール藤沢　サテライト城南

施設長　氏名　　近澤　美由紀　　印

説明者　氏名　　星田　　美佳　　印

上記の利用料について説明を受け、その内容に同意いたしました。

契約者　　印

代理人　　印