

(別表-3) 介護保険対象外サービス料金 (R2.4.1から適用)

(単位:円)

◆基本料金

保険対象外(個人負担)	単位・規格	利用料金	備考
食費	1日	1,570	減額認定別
室料(従来型個室)	1日	1,260	"
"(多床室)	1日	920	"
外出、入院中の保険対象外室料(従来型個室)	1日	1,260	利用負担額段階1の方は免除
"(多床室)	1日	920	"

◆その他の日常生活費(※1)

預り金管理	1ヶ月	1,500	途中入退所:日割(50円/日)
クラブ活動・施設行事参加費		実費	
クリーニング(個人希望 外部委託)		実費	
理髪料(個人希望)	原則1回/2ヶ月	1,650	
理髪料(髭剃りのみ)		800	
写真(プリント代)	1枚	実費	サイズによって金額が変わります
写真(CD-R等でデータを希望される場合)		100	
ワクチン接種 季節性インフルエンザ	1回	実費	
ワクチン接種 肺炎球菌	1回	実費	
口腔ケア用品 歯ブラシ	1本	100	毎月交換
口腔ケア用品 ワンタフト歯ブラシ	1本	100	
" 歯磨き粉	1個	150	
" 歯間ブラシ(20本入)	1個	320	
" ポリグリップ	1個	1,400	
" 入れ歯洗浄剤	1個(48錠)	560	
" スポンジブラシ	1本	30	
" 舌クリーナー	1本	210	
" 義歯用ブラシ	1本	380	
" 義歯用ケース	1個	150	
ティッシュペーパー(個人使用)	1箱	80	
ストロー	1パック(100本)	130	
アイ淨棉	1箱(60包)	500	
ひげそりフォーム	1本	300	
カミソリ(本体)	1本	860	
カミソリ(替刃)	1箱(4枚)	1,450	
整髪料	1本	900	
ウェットティッシュ	1袋(60枚)	180	
ペーパータオル	1箱	80	
マスク	1枚	25	
薬吞器	1個	680	
電池	単1/1本	150	
	単2/1本	120	
	単3/1本	70	
	単4/1本	70	
TV用イヤホン	1個	140	
ノート	1冊	100	
アルファージェ25(200枚入)	1個	520	
私用コピー	白黒(B5、A4、B4、A3)/1枚	10	
	カラー(B5、A4、B4)/1枚	50	
	カラー(A3)/1枚	80	
施設利用料医療費控除証明書代	1部	150	
シーツ(ご家族様用)		100	看取り等で施設に宿泊された場合
食事(ご家族様用)	朝食	410	・ご利用者と同じ金額になっております
	昼食	580	・希望された場合(要予約)
	夕食	580	

(※1)サービス提供において供与される便宜のうち、日常生活において通常必要とされる費用であって、ご利用者負担が適当と認められる費用等