

## (別表-3) 介護保険対象外サービス料金 (R4.12.1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)		実費	
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)	1 枚	300	
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	230	
" 歯間ブラシ(20本入)	1 個	実費	
" ポリグリップ	1 個	1,470	
" 入れ歯洗浄剤	1 個(48錠)	570	
" スポンジブラシ	1 本	35	
" 舌クリーナー	1 本	220	
" 義歯用ブラシ	1 本	380	
" 義歯用ケース	1 個	実費	
" オペガーゼ	1 個	実費	
ティッシュペーパー(個人使用)	1 箱	95	
ストロー	1パック(100本)	170	
アイ淨綿	1 箱(60包)	500	
ひげそりフォーム	1 本	実費	
カミソリ(本体)	1 本	実費	
カミソリ(替刃)	1箱(4枚)	実費	
整髪料	1 本	実費	
除菌ボトル	1 個	実費	
フローリングウェットシート	1 個	実費	
ペーパータオル	1 箱	実費	
マスク	1 枚	実費	
電 池 (単1、2、3、4)	1 本	実費	
TV用イヤホン	1 個	実費	
ノート	1 冊	実費	
アルファージェ25(200枚入)	1 個	実費	
食品、飲料(本人の嗜好品)		実費	
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)		実費	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	・ご利用者と同じ価格になっております
	昼食	580	・希望された場合(要予約)
	夕食	580	

\*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

※物価の高騰等により、随時、価格改定になる場合がございます。