

(別表-3) 介護保険対象外サービス料金 (R5.4.1から適用)

◆基本料金

(単位:円)

保険対象外(個人負担)	単位・規格	利用料金	備考
食費(おやつ代別)	1日	1,720	介護保険負担限度額認定(対象外)の方
室料(従来型個室)	1日	1,450	〃
〃(多床室)	1日	1,060	〃
外出、入院中の保険対象外室料(従来型個室)	1日	1,450	生活保護の方は免除
〃(多床室)	1日	1,060	〃

◆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)
請求書・記録等郵送事務費	1ヶ月	200	電子請求をご利用の場合は、料金不要
理髪代(個人希望)	原則1回/2ヶ月	1,650	理容店へのお支払い分
ワクチン接種(インフルエンザ、肺炎球菌等)	1回	実費	病院へのお支払い分
クラブ活動・施設行事参加費		実費	
写真データ	1枚	300	CD-R等でデータを希望される場合
写真プリント	1枚	100	コピー用紙に印刷
証明写真	1枚	200	申請等に使用する場合
テレビレンタル料(文珠苑のテレビを使用した場合)	1日	30	個人でご用意頂いた場合は、料金不要
電気代(個人使用電気製品)	1台/日	20	テレビ等
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	
エンゼルセット・浴衣(お看取り用)	1セット	4,000	浴衣をご用意頂いた場合は、エンゼルセットのみ(1,000円)
シーツ(ご家族様用)	1枚	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	420	ご利用者と同じ価格になっております 希望された場合(要予約)
	昼食	650	
	夕食	650	
おやつ代	1日	70	希望された場合(胃ろうの方には提供していません)

◆日常生活費②

口腔ケア用品 歯ブラシ	1本	実費	毎月交換
〃 ワンタフト歯ブラシ	1本	実費	
〃 歯磨き粉	1個	実費	
〃 歯間ブラシ(20本入)	1個	実費	
〃 入歯安定剤	1個	実費	
〃 入歯洗浄剤	1個	実費	
〃 スポンジブラシ	1本	実費	
〃 舌クリーナー	1本	実費	
〃 入歯ブラシ	1本	実費	
〃 入歯用ケース	1個	実費	
〃 ウェットティッシュ	1個	実費	
〃 保湿剤	1個	実費	
ティッシュペーパー	1箱	実費	
ストロー	1袋	実費	
アイ淨綿	1箱	実費	
カミソリ(本体)	1本	実費	
カミソリ(替刃)	1箱	実費	
ひげそりフォーム	1本	実費	
整髪料	1本	実費	
除菌ボトル	1個	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	
フローリングウェットシート	1個	実費	
ノート	1冊	実費	
郵便物転送料(切手、封筒等)		実費	文珠苑に届いた郵便物を転送する場合
衣類、シューズ		実費	
食品、飲料(嗜好品)		実費	

※上記のもの以外で、その都度、本人様にとって必要なものや、希望された嗜好品等につきましては、ご家族様や代理人様でご用意をお願い致します。

※日常生活費②、および上記のもの以外の購入品については、価格変動がありますので、「実費」とさせていただきます。

尚、「実費」には、購入等に関する事務手数料も含まれます。

※事務手数料:1,000円未満のもの(購入額(税込)×0.3)、1,000円以上のものについては、上限300円になります。