

(別表-3) 介護保険対象外サービス料金 (R4.12.1から適用)

◆基本料金

(単位:円)

| 保険対象外(個人負担) | 単位・規格 | 施設入所 | 短期入所 | | | 備考 |
|-----------------------|-------|-------|------|---------|-----------|--------------------|
| | | | 通常利用 | 連続30日超過 | 胃ろう(30日超) | |
| 食費(朝) | 一食 | 1,570 | 410 | 410 | 1,570 | 減額認定別 |
| "(昼) | 一食 | | 580 | 580 | | |
| "(夕) | 一食 | | 580 | 580 | | |
| 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 | — | | | 施設入所 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)

| 項目 | 単位・規格 | 施設入所 | 通常利用 | 連続30日超過 | 胃ろう(30日超) | 備考 |
|-----------------------|--------------------|-------|-------|---------|-----------|--------------------------------------|
| 預り金管理 | 1ヶ月 | 1,500 | — | 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 | 実費 | 実費 | 実費 | |
| クリーニング(個人希望 外部委託) | | 実費 | 実費 | 実費 | 実費 | |
| 理髪料(個人希望) | 原則1回/2ヶ月 | 1,650 | 1,650 | 1,650 | 1,650 | |
| 理髪料(髭剃りのみ) | | 実費 | 実費 | 実費 | 実費 | |
| 写真(プリント代) | 1枚 | 実費 | 実費 | 実費 | 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) | | 300 | 300 | 300 | 300 | |
| ワクチン接種 季節性インフルエンザ* | 1回 | 実費 | 実費 | 実費 | 実費 | |
| ワクチン接種 肺炎球菌 | 1回 | 実費 | 実費 | 実費 | 実費 | |
| 口腔ケア用品 歯ブラシ | 1本 | 100 | — | 100 | 100 | 毎月交換 |
| " ワンタフト歯ブラシ | 1本 | 100 | — | 100 | 100 | |
| " 歯磨き粉 | 1個 | 230 | — | 230 | 230 | |
| " 歯間ブラシ | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | (20本入) |
| " ポリグリップ | 1個 | 1,470 | — | 1,470 | 1,470 | |
| " 入れ歯洗浄剤 | 1個(48錠) | 570 | — | 570 | 570 | |
| " スポンジブラシ | 1本 | 35 | — | 35 | 35 | (10本単位) |
| " 舌クリーナー | 1本 | 220 | — | 220 | 220 | |
| " 義歯用ブラシ | 1本 | 380 | — | 380 | 380 | |
| " 義歯用ケース | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| " オペガーズ | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| ティッシュペーパー(個人使用) | 1箱 | 95 | — | 95 | 95 | |
| ストロー | 1パック(100本) | 170 | — | 170 | 170 | |
| アイ淨綿 | 1箱(60包) | 500 | — | 500 | 500 | |
| ひげそりフォーム | 1本 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| カミソリ(本体) | 1本 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| カミソリ(替刃) | 1箱(4枚) | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| 整髪料 | 1本 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| 除菌ボトル | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| フローリングウェットシート | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| ペーパータオル | 1箱 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| マスク | 1枚 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| 食品、飲料(本人の嗜好品) | | 実費 | 実費 | | | |
| 栄養補助食品 | | 実費 | 実費 | | | |
| 電池(単1、2、3、4) | 1本 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| TV用イヤホン | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| ノート | 1冊 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| アルファーズ25(200枚入) | 1個 | 実費 | — | 実費 | 実費 | |
| 私用コピー | 白黒(B5,A4,B4,A3)/1枚 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| | カラー(B5,A4,B4)/1枚 | 50 | 50 | 50 | 50 | |
| | カラー(A3)/1枚 | 80 | 80 | 80 | 80 | |
| 施設利用料医療費控除証明書代 | 1部 | 150 | 150 | 150 | 150 | |
| シーツ(ご家族様用) | | 実費 | — | 実費 | 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 | — | 410 | 410 | -ご利用者様と同じ金額になっております -希望された場合(要予約) |
| | 昼食 | 580 | — | 580 | 580 | |
| | 夕食 | 580 | — | 580 | 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。