

(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	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) ※おやつ代別	1食 or 1日	1,720	420	420	1,720	介護保険負担限度額認定(対象外)の方
” (昼) ※おやつ代別	1食 or 1日		650	650		”
” (夕) ※おやつ代別	1食 or 1日		650	650		”
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		—		施設入所 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ヵ月	1,500	—	1,500	途中入退所:日割(50円/日)
請求書・記録等郵送事務費	1ヵ月	200	—	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された場合)	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	4000		—	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	—	実費	毎月交換
”	ワンタフト歯ブラシ	1 本	実費	—	実費	
”	歯磨き粉	1 個	実費	—	実費	
”	歯間ブラシ	1 個	実費	—	実費	
”	入歯安定剤	1 個	実費	—	実費	
”	入歯洗浄剤	1 個	実費	—	実費	
”	スポンジブラシ	1 本	実費	—	実費	
”	舌クリーナー	1 本	実費	—	実費	
”	入歯ブラシ	1 本	実費	—	実費	
”	入歯用ケース	1 個	実費	—	実費	
”	ウェットティッシュ	1 個	実費	—	実費	
”	保湿剤	1 個	実費	—	実費	
ティッシュペーパー		1 箱	実費	—	実費	
ストロー		1 袋	実費	—	実費	
アイ淨綿		1 箱	実費	—	実費	
カミソリ(本体)		1 本	実費	—	実費	
カミソリ(替刃)		1 箱	実費	—	実費	
ひげそりフォーム		1 本	実費	—	実費	
整髪料		1 本	実費	—	実費	
除菌ボトル		1 個	実費	—	実費	
マスク		1 枚	実費	—	実費	
電 池(単1、2、3、4)		1 本	実費	—	実費	
TV用イヤホン		1 個	実費	—	実費	
フローリングウェットシート		1 個	実費	—	実費	
ノート		1 冊	実費	—	実費	
郵便物転送代(切手、封筒等)			実費	—	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	—	実費	
食品、飲料(嗜好品)			実費	—	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。