

**介護保険 料金概算（1カ月） 2021.8～**

※多床室の方で1割負担の場合

利用者負担段階	対象者	預貯金等の資産状況	施設サービス費等 自己負担上限額 1カ月(31日)	食費 1カ月(31日)	居住費 1カ月 (31日)	合計 1カ月(31日)
第4段階	住民税課税世帯（1160万円以上）	下記以外の方	140,100円	44,795円 (1日 1,445円)	11,470円	196,365円
第4段階	住民税課税世帯（年収約770万円以上～約1160万円未満）	下記以外の方	93,000円	44,795円 (1日 1,445円)		149,265円
第4段階	住民税課税世帯（年収約383万円以上～約770万円未満）	下記以外の方	44,400円	44,795円 (1日 1,445円)		100,665円
第4段階	上記以外の住民税課税世帯の方	下記以外の方	44,400円	44,795円 (1日 1,445円)		100,665円
第3段階 ②	世帯分離している配偶者を含み住民税非課税 (合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金が120万円を超える方)	単身：500万円以下の方 夫婦：1,500万円以下の方	24,600円	42,160円 (1日 1,360円)	(1日 370円)	78,230円
第3段階 ①	世帯分離している配偶者を含み住民税非課税 (合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金が80万円を超えて120万円以下の方)	単身：550万円以下の方 夫婦：1,550万円以下の方	24,600円	20,150円 (1日 650円)		56,220円
第2段階	世帯分離している配偶者を含み住民税非課税 (合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金が80万円以下の方)	単身：650万円以下の方 夫婦：1,650万円以下の方	15,000円	12,090円 (1日 390円)		38,560円
第1段階	世帯全員が住民税非課税 (高齢福祉年金を受給している方) 生活保護を受けている方	単身：1,000万円以下の方 夫婦：2,000万円以下の方		9,300円 (1日 300円)	0円	240,300円

保険適用外費用 ①②は㈱エランとのご契約になります
①『CSセット』料金(税込) 病衣及びタオル類について、委託業者と直接ご契約いただく 入院時必需品レンタルシステム『CSセット』をご案内しております。 ・CSプラン(病衣、タオル類、肌着の有無による) 1日517円×31日分 16,027円 1日550円×31日分 17,050円  ②『CSセット』オプション(税込) テレビ利用料 1日660円 冷蔵庫利用料 1日220円  ③調髪料金(税込) 調髪と顔剃り 2,600円 調髪のみ 2,100円 顔剃りのみ 1,600円 ※別途、ベッド上は900円、車椅子上は400円 ※毎月第1月曜日実施、希望者が多い場合は第2月曜日にも実施します。前 払いでお申度ください。  + 保険適用外費用につきましては冊子「入院のご案内」もあわせてご覧ください。

**※高額介護サービス費について（北見市）**

月の初日から末日までに受けたサービスに対し、サービス提供事業所に支払った自己負担額が上表の上限額を超えた場合は、その超えた額は申請により高額サービス費として払戻されます。

同一世帯の要介護者及び要支援者が同じ月に介護サービスを受けた場合、自己負担額を合計して、上表の上限額を超えた額が申請により高額介護（支援）サービス費として払戻されます。

通常 ⇒ 自己負担額支払 ⇒ 「介護保険高額介護サービス費支給申請書」を市役所介護福祉課に提出 ⇒ 提供月の3ヶ月後に利用者に払戻

受領委任 ⇒ 自己負担上限額支払 ⇒ 「介護保険高額介護サービス費支給申請書（受領委任用）」を市役所介護福祉課に提出 ⇒ 提供月の3ヶ月後に提供事業所に払戻

※提供月の中途に入退院が行われた方、又は、同一世帯の複数名が介護サービスを受けた場合は受領委任が出来ません。

※非課税年金（遺族年金+障害年金）

※第4段階の方は、下記の要件全てに該当すれば、申請することで第3段階の負担軽減を受けることができます。

- ・二人以上の世帯で、日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない
- ・世帯の年間収入から施設の利用者負担額（介護サービスの利用者負担額、食費・居住費）の見込み額を除いた金額が80万円以下
- ・世帯の現金、預貯金等の額が合計450万円以下
- ・介護保険料を滞納していない

※世帯が違っていても配偶者が市区町村民税を課税されている場合は対象外となります。

北見北斗病院 院長様  
上記費用に係る説明を受け、同意しました。 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ 印

代理人： \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

代理人住所： \_\_\_\_\_