

## モアヤング こもれびホーム(ユニット型介護老人福祉施設)およその月額利用料

(令和7年8月1日以降適用)

### 【ご入居の場合】



介護保険負担割合	要介護度	介護保険(単位)	A.自己負担分(円)	B.食費(円)	C.居住費(円)	1日A+B+C=合計	1ヶ月間(30日換算)
1割負担	1	709	709	1,550	2,200	4,459	133,770
	2	779	779			4,529	135,870
	3	854	854			4,604	138,120
	4	925	925			4,675	140,250
	5	994	994			4,744	142,320
2割負担	1	709	1,418			5,168	155,040
	2	779	1,558			5,308	159,240
	3	854	1,708			5,458	163,740
	4	925	1,850			5,600	168,000
	5	994	1,988			5,738	172,140
3割負担	1	709	2,127			5,877	176,310
	2	779	2,337			6,087	182,610
	3	854	2,562			6,312	189,360
	4	925	2,775			6,525	195,750
	5	994	2,982			6,732	201,960

★自己負担額は自治体発行による負担割合証に基づきます。

※1 介護保険対象外の日常生活費は別途ご負担いただきます。

※2 医療費や個別に支払う費用は含まれておりません。

※3 利用者負担段階が第4段階以上の方については水道光熱費を別途ご負担いただきます。

※4 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)【1か月あたりの介護報酬総単位数に、サービス別加算率(13.6%)・キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率を乗じた単位数】を、別途算定いたします(一単位未満の端数は四捨五入)

※7 福井市は地域区分7級地に該当するため、一単位あたりの単価は10.14円になります。



**【介護保険負担限度額認定証をお持ちの方】**

補足給付 段階	要介護度	介護保険 (単位)	A.自己負担分 (円)	B.食費 (円)	C.居住費 (円)	1日 A+B+C=合計	1ヶ月間 (30日換算)
第1段階 ・生活保護受給者 ・世帯※全員が市民税非課税 の方で、老齢福祉年金受給者  預貯金 単身「1,000万円以下」 夫婦「2,000万円以下」	1	709	709	300	880	1,889	56,670
	2	779	779			1,959	58,770
	3	854	854			2,034	61,020
	4	925	925			2,105	63,150
	5	994	994			2,174	65,220
	1	709	709	390	880	1,979	59,370
	2	779	779			2,049	61,470
	3	854	854			2,124	63,720
	4	925	925			2,195	65,850
	5	994	994			2,264	67,920
第2段階 ・世帯※全員が市民税非課税 で、本人の年金収入額(非課税 年金を含む)と合計所得金額の 合計が80万9000円以下の方  預貯金 単身「650万円以下」 夫婦「1,650万円以下」	1	709	709	650	1,370	2,729	81,870
	2	779	779			2,799	83,970
	3	854	854			2,874	86,220
	4	925	925			2,945	88,350
	5	994	994			3,014	90,420
	1	709	709	1,360	1,370	3,439	103,170
	2	779	779			3,509	105,270
	3	854	854			3,584	107,520
	4	925	925			3,655	109,650
	5	994	994			3,724	111,720

※世帯を分離している配偶者を含みます。