

タムス介護医療院 川口【ユニット型】 利用料金

※料金は変更になる場合がございます。

1. 介護医療院サービス費（1割の場合）

介護度	ユニット型個室	
	日額	月額(30日)
要介護1	887円	26,610円
要介護2	993円	29,790円
要介護3	1,225円	36,750円
要介護4	1,324円	39,720円
要介護5	1,413円	42,390円

※ 法定単位数に地域加算を乗じた「額」を表記しています。

2. 加算一覧

加算名	金額	加算名	金額
初期加算	31円 / 日	退所時情報提供加算Ⅰ	522円 / 日
安全対策体制加算	20円 / 回	退所時情報提供加算Ⅱ	261円 / 日
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	62円 / 月	他科受診時費用※1	378円 / 回
栄養マネジメント強化加算	11円 / 日	外泊時費用(入院含)※1	378円 / 日
退所時栄養情報連携加算	73円 / 回	緊急時治療管理	541円 / 回
口腔衛生管理加算Ⅱ	114円 / 月	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	125円
夜間勤務等看護加算(Ⅲ)	14円 / 日		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円 / 日	介護職員処遇改善加算Ⅰ口	※2
自立支援促進加算	292円 / 月		
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	52円 / 月		
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円 / 月		

※1「1. 介護医療院サービス費」に代えて算定します。

※2 介護職員処遇改善加算は、所定単位数に66/1000を乗じた額を算定します。

特別診療費	金額	特別診療費	金額
短期集中リハビリテーション	240円 / 日	医学情報提供加算Ⅰ	220円 / 日
理学療法(Ⅰ)月のうち10回まで	158円 / 回	初期入所診療管理	250円 / 回
理学療法(Ⅰ)月のうち11回目以降	108円 / 回	感染対策指導管理	6円 / 日
作業療法	158円 / 回	褥瘡対策指導管理Ⅰ	6円 / 回
作業療法(Ⅰ)月のうち11回目以降	108円 / 回	褥瘡対策指導管理Ⅱ	10円 / 日
言語聴覚療法	203円 / 回	摂食機能療法	208円 / 回
精神科作業療法	220円 / 回		

※ 上記の加算等に関しては、ご利用者様の状況等に応じて該当する加算等を算定させていただきます。

※ 理学療法・作業療法には、専従職員2名配置加算(35円)が含まれています。

3. 居住費・食費

居住費及び食費の料金は次のとおりです。介護保険負担限度額の認定を受けている方は認定証に記載された金額が1日の費用となります。

区分	居住費		食費		対象者
	ユニット型	個室			
第1段階	880円	/日	300円	/日	世帯全員が住民税非課税で老齢年金受給者 生活保護受給者
第2段階	880円	/日	390円	/日	世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が80万円以下
第3段階①	1,370円	/日	680円	/日	世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が80万円超120万円未満
第3段階②	1,470円	/日	1,420円	/日	世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が120万円超
第4段階	2,420円	/日	2,370円	/日	第1段階～第3段階に該当しない人

※1 居住費には、水道・光熱費が含まれています。

※2 食費は、朝食、昼食、おやつ、夕食の全てを含んだ金額です。

4. 実費負担一覧

項 目	金 額	項 目	金 額
教養娯楽費	実費	通信費(郵便等)	実費
嗜好品(菓子等)	実費	コピー代(モノクロ・A4)	20円 / 枚
健康管理費	実費	個人専用の大型家電(TV等)の電気代(1台につき)	900円 / 月
理美容代	実費	個人専用の家電の電気代(3個まで)	300円 / 月
私物洗濯代	実費	個人専用の家電の電気代(4個以上)	600円 / 月
日用品費 ※1	250円/日	入所及び入所期間証明書	2,200円 / 枚
通院送迎費 ※2	実費	死亡診断書	5,500円 / 枚
受診付添費 ※3	実費	普通診断書(その他診断書)	3,300円 / 枚
		各種証明書	3,300円 / 枚

※1)日用品費 Aセット、Bセットより希望により選択していただきます。

※2)通院送迎費 協力病院以外の受診の際、1kmごとに500円を加算。

※3)受診付添費 30分2,500円、以降30分ごとに2,500円を加算。協力医療機関以外の夜間タクシー代実費。

◇ 上記の「実費負担一覧」については、ご利用者様の同意のもと、個別に提供させていただくものであり、全てのご利用者様に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではありません。

◇ ご利用料金は、月毎にまとめて請求させていただきます。

(重要事項説明書:7. サービス利用料金(5)利用料金のお支払方法 参照)

◇ お支払いは、ご指定の金融機関口座からの引き落としとなります。

タムス介護医療院 川口【ユニット型】 利用料金

※料金は変更になる場合がございます。

1. 介護医療院サービス費(2割の場合)

介護度	ユニット型個室	
	日額	月額(30日)
要介護1	1,774円	53,220円
要介護2	1,986円	59,580円
要介護3	2,450円	73,500円
要介護4	2,648円	79,440円
要介護5	2,826円	84,780円

※ 法定単位数に地域加算を乗じた「額」を表記しています。

2. 加算一覧

加算名	金額	加算名	金額
初期加算	62円 / 日	退所時情報提供加算Ⅰ	1,045円 / 日
安全対策体制加算	41円 / 回	退所時情報提供加算Ⅱ	522円 / 日
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	125円 / 月	他科受診時費用※1	756円 / 回
栄養マネジメント強化加算	22円 / 日	外泊時費用(入院含)※1	756円 / 日
退所時栄養情報連携加算	146円 / 回	緊急時治療管理	1,082円 / 回
口腔衛生管理加算Ⅱ	229円 / 月	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	250円
夜間勤務等看護加算(Ⅲ)	29円 / 日		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	45円 / 日	介護職員処遇改善加算Ⅰ口	※2
自立支援促進加算	585円 / 月		
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	104円 / 月		
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	20円 / 日		

※1「1. 介護医療院サービス費」に代えて算定します。

※2 介護職員処遇改善加算は、所定単位数に66/1000を乗じた額を算定します。

特別診療費	金額	特別診療費	金額
短期集中リハビリテーション	480円 / 日	医学情報提供加算Ⅰ	440円 / 日
理学療法(Ⅰ)月のうち10回まで	316円 / 回	初期入所診療管理	500円 / 回
理学療法(Ⅰ)月のうち11回目以降	216円 / 回	感染対策指導管理	12円 / 日
作業療法	316円 / 回	褥瘡対策指導管理Ⅰ	12円 / 回
作業療法(Ⅰ)月のうち11回目以降	216円 / 回	褥瘡対策指導管理Ⅱ	20円 / 日
言語聴覚療法	406円 / 回	摂食機能療法	416円 / 回

※ 上記の加算等に関しては、ご利用者様の状況等に応じて該当する加算等を算定させていただきます。

※ 理学療法・作業療法には、専従職員2名配置加算(35円)が含まれています。

3. 居住費・食費

居住費及び食費の料金は次のとおりです。介護保険負担限度額の認定を受けている方は認定証に記載

された金額が1日の費用となります。

区分	居住費		食費	対象者
	ユニット型	個室		
第1段階	880円	/日	食費	/日 世帯全員が住民税非課税で老齢年金受給者 生活保護受給者
第2段階	880円	/日	300円	/日 世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が80万円以下
第3段階①	1,370円	/日	390円	/日 世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が80万円超120万円未満
第3段階②	1,470円	/日	680円	/日 世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額との合計が120万円超
第4段階	2,420円	/日	2,370円	/日 第1段階～第3段階に該当しない人

※1 居住費には、水道・光熱費が含まれています。

※2 食費は、朝食、昼食、おやつ、夕食の全てを含んだ金額です。

4. 実費負担一覧

項 目	金 額	項 目	金 額
教養娯楽費	実費	通信費(郵便等)	実費
嗜好品(菓子等)	実費	コピー代(モノクロ・A4)	20円 / 枚
健康管理費	実費	個人専用の大型家電(TV等)の電気代(1台につき)	900円 / 月
理美容代	実費	個人専用の家電の電気代(3個まで)	300円 / 月
私物洗濯代	実費	個人専用の家電の電気代(4個以上)	600円 / 月
日用品費 ※1	250円/日	入所及び入所期間証明書	2,200円 / 枚
通院送迎費 ※2	実費	死亡診断書	5,500円 / 枚
受診付添費 ※3	実費	普通診断書(その他診断書)	3,300円 / 枚
		各種証明書	3,300円 / 枚

※1)日用品費 Aセット、Bセットより希望により選択していただきます。

※2)通院送迎費 協力病院以外の受診の際、1kmごとに500円を加算。

※3)受診付添費 30分2,500円、以降30分ごとに2,500円を加算。協力医療機関以外の夜間タクシー代実費。

◇ 上記の「実費負担一覧」については、ご利用者様の同意のもと、個別に提供させていただくものであり、全てのご利用者様に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではありません。

◇ ご利用料金は、月毎にまとめて請求させていただきます。

(重要事項説明書:7. サービス利用料金(5)利用料金のお支払方法 参照)

◇ お支払いは、ご指定の金融機関口座からの引き落としとなります。

タムス介護医療院 川口【ユニット型】 利用料金

※料金は変更になる場合がございます。

1. 介護医療院サービス費(3割の場合)

介護度	ユニット型個室	
	日額	月額(30日)
要介護1	2,661円	79,830円
要介護2	2,979円	89,370円
要介護3	3,675円	110,250円
要介護4	3,972円	119,160円
要介護5	4,239円	127,170円

※ 法定単位数に地域加算を乗じた「額」を表記しています。

2. 加算一覧

加算名	金額	加算名	金額
初期加算	94円 / 日	退所時情報提供加算Ⅰ	1,567円 / 日
安全対策体制加算	62円 / 回	退所時情報提供加算Ⅱ	783円 / 日
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	188円 / 月	他科受診時費用※1	1,134円 / 回
栄養マネジメント強化加算	34円 / 日	外泊時費用(入院含)※1	1,134円 / 日
退所時栄養情報連携加算	219円 / 回	緊急時治療管理	1,623円 回
口腔衛生管理加算Ⅱ	344円 / 月	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	376円
夜間勤務等看護加算(Ⅲ)	43円 / 日		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	68円 / 日	介護職員処遇改善加算Ⅰ口	※2
自立支援促進加算	877円 / 月		
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	156円 / 月		
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	31円 / 日		

※1「1. 介護医療院サービス費」に代えて算定します。

※2 介護職員処遇改善加算は、所定単位数に66/1000を乗じた額を算定します。

特別診療費	金額	特別診療費	金額
短期集中リハビリテーション	720円 / 回	医学情報提供加算Ⅰ	660円 / 日
理学療法(Ⅰ)月のうち10回まで	474円 / 回	初期入所診療管理	750円 / 回
理学療法(Ⅰ)月のうち11回目以降	324円 / 回	感染対策指導管理	18円 / 日
作業療法	474円 / 回	褥瘡対策指導管理Ⅰ	18円 / 回
作業療法(Ⅰ)月のうち11回目以降	324円 / 回	褥瘡対策指導管理Ⅱ	30円 / 日
言語聴覚療法	609円 / 回	摂食機能療法	624円 / 回

※ 上記の加算等に関しては、ご利用者様の状況等に応じて該当する加算等を算定させていただきます。

※ 理学療法・作業療法には、専従職員2名配置加算(35円)が含まれています。

3. 居住費・食費

居住費及び食費の料金は次のとおりです。介護保険負担限度額の認定を受けている方は認定証に記載

された金額が1日の費用となります。

区分	居住費		食費		対象者
	ユニット型	個室			
第1段階	880円	/日	食費	/日	世帯全員が住民税非課税で高齢年金受給者 生活保護受給者
第2段階	880円	/日	300円	/日	世帯全員が住民税非課税であつて、合計所得金額と課税年金収入額との合計が80万円以下
第3段階①	1,370円	/日	390円	/日	世帯全員が住民税非課税であつて、合計所得金額と課税年金収入額との合計が80万円超120万円未満
第3段階②	1,470円	/日	680円	/日	世帯全員が住民税非課税であつて、合計所得金額と課税年金収入額との合計が120万円超
第4段階	2,420円	/日	2,370円	/日	第1段階～第3段階に該当しない人

※1 居住費には、水道・光熱費が含まれています。

※2 食費は、朝食、昼食、おやつ、夕食の全てを含んだ金額です。

4. 実費負担一覧

項 目	金 額	項 目	金 額
教養娯楽費	実費	通信費(郵便等)	実費
嗜好品(菓子等)	実費	コピー代(モノクロ・A4)	20円 / 枚
健康管理費	実費	個人専用の大型家電(TV等)の電気代(1台につき)	900円 / 月
理美容代	実費	個人専用の家電の電気代(3個まで)	300円 / 月
私物洗濯代	実費	個人専用の家電の電気代(4個以上)	600円 / 月
日用品費 ※1	250円/日	入所及び入所期間証明書	2,200円 / 枚
通院送迎費 ※2	実費	死亡診断書	5,500円 / 枚
受診付添費 ※3	実費	普通診断書(その他診断書)	3,300円 / 枚
		各種証明書	3,300円 / 枚

※1)日用品費 Aセット、Bセットより希望により選択していただきます。

※2)通院送迎費 協力病院以外の受診の際、1kmごとに500円を加算。

※3)受診付添費 30分2,500円、以降30分ごとに2,500円を加算。協力医療機関以外の夜間タクシー代実費。

◇ 上記の「実費負担一覧」については、ご利用者様の同意のもと、個別に提供させていただくものであり、
全てのご利用者様に対して一律に提供し、その費用を画一的に徴収するものではありません。

◇ ご利用料金は、月毎にまとめて請求させていただきます。

(重要事項説明書:7. サービス利用料金(5)利用料金のお支払方法 参照)

◇ お支払いは、ご指定の金融機関口座からの引き落としとなります。