

## 1か月当たりのご負担金

### ユニット型 地域密着型 介護福祉施設サービス

| ご利用者<br>要介護度 | 1か月当たりの負担金（30日） |         |         |
|--------------|-----------------|---------|---------|
|              | 1割負担            | 2割負担    | 3割負担    |
| 1            | 132,054         | 158,808 | 185,562 |
| 2            | 134,385         | 163,470 | 192,555 |
| 3            | 136,851         | 168,402 | 199,953 |
| 4            | 139,249         | 173,198 | 207,147 |
| 5            | 141,546         | 177,792 | 214,038 |