

【 品川区立小山地域密着型多機能ホーム 料金表 】

≪小山倶楽部≫

1. サービス利用料 (介護報酬)

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス単位 (1月あたり)	10423	15318	22283	24593	27117
介護報酬 (1月あたり)	115,695	170,030	247,341	272,982	300,999
自己負担分 (1月あたり) 1割負担	11,570	17,003	24,734	27,298	30,100
自己負担分 (1月あたり) 2割負担	23,139	34,006	49,468	54,596	60,200
自己負担分 (1月あたり) 3割負担	34,709	51,009	74,202	81,895	90,300

介護予防

介護度	要支援1	要支援2
サービス単位 (1月あたり)	3438	6948
介護報酬 (1月あたり)	38,162	77,123
自己負担分	3,816	7,712

加算

加算名称	認知症 加算Ⅰ	認知症 加算Ⅱ	サービス 提供体制 強化加算	訪問体制 強化加算	総合マネジ メント加算
サービス単位 (1月あたり)	800	500	750	1000	1000
介護報酬 (1月あたり)	8,880	5,550	8,325	11,100	11,100
自己負担分	888	555	833	1,110	1,110

初期加算：30単位 (34円) /日 (入居日から起算して30日間)

介護職員処遇改善加算(1) 算定可能な加算を全て加えて算定した1か月の単位数の10,2%に相当する単位数

介護職員等特定処遇改善加算 算定可能な加算を全て加えて算定した1か月の単位数の1,5%に相当する単位数

2. 保険外利用料

項目	料金 (1回あたり)
朝食	300 円/回
昼食	600 円/回
夕食	600 円/回
宿泊料	3,000 円/回

(夕食・朝食代別途)

≪グループホーム小山≫

1. サービス利用料 (介護報酬)

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬 (1月あたり)	248,520	249,828	261,600	269,121	274,680	280,566
自己負担分 (1月あたり) 1割負担	24,852	24,983	26,160	26,912	27,468	28,057
自己負担分 (1月あたり) 2割負担	49,704	49,960	52,320	53,824	54,936	56,113
自己負担分 (1月あたり) 3割負担	74,556	74,948	78,480	80,736	82,404	84,170
1日あたりの 利用料 1割負担	828	833	872	897	916	935
1日あたりの 利用料 2割負担	1,657	1,666	1,744	1,794	1,831	1,870
1日あたりの 利用料 3割負担	2,485	2,498	2,616	2,691	2,747	2,806
1日あたりの サービス単位	760	764	800	823	840	858

初期加算：30単位 (34円) /日 (入居日から起算して30日間)

介護職員処遇改善加算(1) 算定可能な加算を全て加えて算定した1か月の単位数の11,1%に相当する単位数

介護職員等特定処遇改善加算 算定可能な加算を全て加えて算定した1か月の単位数の3,1%に相当する単位数

2. 介護保険対象外料金

項目	金額 (1月あたり)	
家賃	南側居室53,000円/月	北側居室47,000円/月
共益費	20,000 円/月	
日常生活費	10,000 円/月	
光熱水費	20,000 円/月	
食費	45,000 円/月 (1,500円/日)	
計	南側居室148,000円/月	北側居室142,000円/月

※1ヶ月を30日とする概算です。

3. 加算

1) 退去時相談援助加算

400単位/回 (1回436円) ※1回を限度とする。

2) サービス提供体制強化加算Ⅱ

18単位/日 (1日あたり19円)

## グループホーム小山 入居申込書

<申込者>

令和 年 月 日

氏名	対象者との続柄		
住所	〒		
電話・FAX・携帯	(電話)	(携帯)	
	(FAX)		
日中連絡可能な 連絡先	自宅・携帯・その他(名称: 電話番号: )		
どこで当ホームをお知 りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 品川区役所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養・老健施設 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他( )		

<対象者>

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭 年 月 日	
住所	〒 電話番号			
現在入所入院中の 施設	(名称) 電話	担当ソーシャルワーカー		
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請済(要介護度 ) <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中( 月 日 )			
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター)	担当ケアマネージャー 連絡先			
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	主治医	病院	科 Dr
	<input type="checkbox"/> 治療中	主治医	病院	科 Dr
	通院(月 回) 往診(月 回)	障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 級)	
医師からの告知病名				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬物 ) (食物 )			
本人の意思確認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
介護保険証 被保険者番号				

当グループホームでどのような暮らしをしていくことをお考えですか？簡単にご記入ください

申込・問合せ先  
 品川区福祉部高齢者福祉課施設支援係  
 TEL 03-5742-6737  
 グループホーム小山  
 TEL 03-5751-7206

担当

受付日	月	日
受付日		
面接	月	日 本人・家族