

《グループホーム東五反田 利用料金表》

(1) 介護保険対象となるサービス利用料金

● 介護保険サービス費

〈別紙1〉

\	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用料金(月額)	244,596	245,904	257,349	265,197	270,429	275,988
自己負担額(1割)	24,460	24,591	25,735	26,520	27,043	27,599
自己負担額(2割)	48,920	49,181	51,470	53,040	54,086	55,198
自己負担額(3割)	73,379	73,772	77,205	79,560	81,129	82,797

● 加算費用（1日当たりの自己負担額）

- ① 初期加算（30単位／1日）
 - ・ 入居した日から30日間の加算されます
- ② サービス提供体制強化加算
 - I(22単位／1日) II(18単位／1日) III(6単位／1日)
 - ・ 職員体制など、厚生労働大臣が定める基準に該当している事業所に対しての加算です
- ③ 看取り加算（72単位／1日）
 - ・ 死亡日以前31～45日に該当者に加算されます
- ④ 看取り加算（144単位／1日）
 - ・ 死亡日以前4～30日に該当者に加算されます
- ⑤ 看取り加算（680単位／1日）
 - ・ 死亡日前日及び前々日に該当者に加算されます
- ⑥ 看取り加算（1280単位／1日）
 - ・ 死亡日当日に該当者に加算されます
- ⑦ 退去時相談援助加算（400単位／1回）
 - ・ 退去時に一度のみ該当者に加算されます
- ⑧ 若年性認知症加算（120単位／1日）
 - ・ 若年性認知症の該当者のみに加算されます
- ⑨ 医療連携体制加算(39単位／1日）
 - ・ 医療連携として訪問看護ステーションとの連携など厚生労働大臣が定める基準に該当している事業所に対しての加算です
- ⑩ 認知症専門ケア加算 I(3単位／1日) II(4単位／1日）
 - ・ 認知症介護に係る専門的な研修を修了しているものを配置し会議の開催をすることと日常生活自立度ランクのⅢⅣⅤⅥの対象者が1／2以上いる事業所に対しての加算です
- ⑪ 介護職員処遇改善加算 I 介護職員等特定処遇改善加算
 (単位数の【1000分の111】+【1000分の31】に相当する単位数／1ヶ月)
 - ・ 介護サービスに従事する職員の賃金改善に充当することを目的としての加算です

(2) 介護保険対象外となるサービス料金

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

●介護保険対象外分

種 類	金 額	備 考
家 賃	65,000円	月 額
共 益 費	20,000円	月 額
光熱水費	20,000円	月 額
食材費	1,300円	日 額
その他費用	ご利用者の状況に応じて異なります	

〈共益費〉

- ・教養娯楽費、共用管理費（車両維持管理、エレベーター管理等）

〈光熱水費〉

- ・個人メーターがないため、全体の経費を按分負担としております。

※家賃、共益費、光熱水費に関しては、月の途中で入退居する場合は15日以内であれば半額、それ以上であれば全額徴収させていただきます。

〈食材料費〉

※入院や外泊等の場合、当施設で1食でも食事をされた場合は1日分の全額を徴収させていただきます。

〈その他の費用〉

- ・おむつ代等介護消耗品、個人的趣味趣向費、理美容代、医療費、交通費、その他ご利用者及びご家族が希望された物に関しては自己負担になります。
- ・居室で使用される物品（消耗品を含むすべて）に関しましては全て自己負担になります。
- ・退去時には居室の現状復帰をお願いしております。業者による居室クリーニング代等も自己負担となります。（清掃業者へ委託）

グループホーム東五反田 入居申込書

〈申込者〉

年 月 日

氏 名	対象者との続柄	
住 所	〒	
連絡先	(電話) (FAX)	(携帯)

〈対象者〉

ふりがな		性 別	生年月日
氏 名		□男 □女	明大昭 年 月 日
住 所	〒		
介護認定	電話番号		
	<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) 被保険者番号 _____ 認定期間 年 月 日～ 年 月 日		
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター)	(事業所名) (担当ケアマネジャー) (電話)		
かかりつけの病院	主治医	病院 _____ 科 _____ 先生 (電話番号)	
認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー性 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他()		
既往歴			
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 福祉事業所 担当者名()		
入所入院中の施設	(施設・病院名) (担当者名) (電話)		
備 考			

入居希望の理由

(お問い合わせ先) 社会福祉法人 新生寿会 グループホーム東五反田
 (電話) 03-5422-7157
 (FAX) 03-5422-8500

受付日	
受付者	
面接日	/