

《グループホーム ジロール神田佐久間町 利用料金表》

サービス利用料金は、次の2種類です。

(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 (月30日計算での目安です) (単位:円)

1月あたり	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険サービス費	248,520	249,828	261,600	269,121	274,680	280,566
自己負担額 (1割)	24,852	24,983	26,160	26,913	27,468	28,057
自己負担額 (2割)	49,704	49,966	52,320	53,825	54,936	56,114
自己負担額 (3割)	74,556	74,949	78,480	80,737	82,404	84,170

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的として、2021年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せされます

● 加算費用

	加算名	加算単位	算定要件等
該 当 時 算 定	初期加算	30単位/日	入所から30日以内の期間加算。30日以上入院後の再入所も同様に加算
	入院時費用	246単位/日	病院等に入院時、所定単位数に代えて算定(月6日まで)
	看取り介護加算 ※①	72単位/日	死亡日以前30日以上45日以下の期間
		144単位/日	死亡日以前4日以上30日以下の期間
		680単位/日	死亡日の前日及び前々日
		1,280単位/日	死亡された当日
	退去時相談援助加算	400単位/回	退去時に一度のみ該当者に加算されます
若年性認知症加算	120単位/日	若年性認知症の該当者のみに加算されます	
全 利 用 者 加 算	医療連携体制加算Ⅰ	39単位/日	看護師を1名以上確保し、24時間連絡できる体制確保
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/回	介護職員の継続勤務年数や介護福祉士割合など、職員体制等が厚生労働大臣が定める基準に該当する事業所に対して加算
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	各月総単位数の 11.1%/月	介護サービスに従事する職員の処遇改善を目的とした加算
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	各月総単位数の 2.3%/月	経験・技能のある介護職員の処遇を重点的に改善することを目的とした加算

※① 看取り加算は、医師の指示のもと、ターミナルケアの方針決定以降の期間を対象とします

## (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	58,000円	月 額
共 益 費	30,000円	月 額
光熱水費	20,000円	月 額
食 材 費	1,500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〉

- ・ 日用品費（ティッシュペーパー、トイレットペーパー、ハンドソープ、シャンプー等）
- ・ 教養娯楽費（新聞費）、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、その他の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）に関しましては全て自己負担になります。
- ・ 退去時に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。

#### 〈入居者が入院した時の費用〉

- ・ 入居者が病院又は診療所に入院中、居室が当該利用者の為に確保されている場合は、家賃をホームに支払って頂くことになります。

# 認知症対応型共同生活介護 ジロール神田佐久間町 利用申込書

〈申込者〉 年 月 日

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

〈対象者〉

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和 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)		
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター)	(事業所名) (担当ケアマネージャー)		(電話)
かかりつけの病院	病院	科	先生(電話)
	病院	科	先生(電話)
既往歴			
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"/> その他( ) <small>※認知症の診断を受けている方のみご記入ください</small>		
入所入院中の施設	(施設・病院名) (担当者名)		(電話)
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 福祉事業所 担当者名( )		
他事業の利用申込	<input type="checkbox"/> 希望しない / <input type="checkbox"/> 希望する( <input type="checkbox"/> GHジロール麴町 <input type="checkbox"/> 小規模多機能ジロール麴町 )		
備 考			

サービス開始にあたってのご要望等

受付日	
受付者	
面接日	/

(お問い合わせ先)  
 社会福祉法人 新生寿会 ジロール麴町  
 (電話)03-3222-8752 (FAX)03-3222-9680