

別表1 栄荘グループホーム利用料金

最終改正令和6年6月1日

介護報酬の告示上の金額 1割負担額

\*30日/月 (単位:円)

要介護度	①介護保険					計 C+D	②介護保険外			1ヶ月あたり 要介護度別 利用料合計 ①+②
	A 基本 サービス費	B サービス提供体 制加算Ⅱ 医療連携体 制加算Ⅰ(イ)		C (A+B) ×30	D 介護職員等処遇改善加算 (I) C×18.6%		居住費 (1,000/日)	食材費 (1,050/日)	光熱水費 (300/日)	
要支援2	761/日	18/日	-	23,370	4,347	27,717	30,000	31,500	9,000	98,217
要介護1	765/日	18/日	57/日	25,200	4,687	29,887	30,000	31,500	9,000	100,387
要介護2	801/日	18/日	57/日	26,280	4,888	31,168	30,000	31,500	9,000	101,668
要介護3	824/日	18/日	57/日	26,970	5,016	31,986	30,000	31,500	9,000	102,486
要介護4	841/日	18/日	57/日	27,480	5,111	32,591	30,000	31,500	9,000	103,091
要介護5	859/日	18/日	57/日	28,020	5,212	33,232	30,000	31,500	9,000	103,732

介護報酬の告示上の金額 2割負担額

\*30日/月 (単位:円)

要介護度	①介護保険					計 C+D	②介護保険外			1ヶ月あたり 要介護度別 利用料合計 ①+②
	A 基本 サービス費	B サービス提供体 制加算Ⅱ 医療連携体 制加算Ⅰ(イ)		C (A+B) ×30	D 介護職員等処遇改善加算 (I) C×18.6%		居住費 (1,000/日)	食材費 (1,050/日)	光熱水費 (300/日)	
要支援2	1,522/日	36/日	-	46,740	8,694	55,434	30,000	31,500	9,000	125,934
要介護1	1,530/日	36/日	114/日	50,400	9,374	59,774	30,000	31,500	9,000	130,274
要介護2	1,602/日	36/日	114/日	52,560	9,776	62,336	30,000	31,500	9,000	132,836
要介護3	1,648/日	36/日	114/日	53,940	10,033	63,973	30,000	31,500	9,000	134,473
要介護4	1,682/日	36/日	114/日	54,960	10,223	65,183	30,000	31,500	9,000	135,683
要介護5	1,718/日	36/日	114/日	56,040	10,423	66,463	30,000	31,500	9,000	136,963

介護報酬の告示上の金額 3割負担額

\*30日/月 (単位:円)

要介護度	①介護保険					計 C+D	②介護保険外			1ヶ月あたり 要介護度別 利用料合計 ①+②
	A 基本 サービス費	B サービス提供体 制加算Ⅱ 医療連携体 制加算Ⅰ(イ)		C (A+B) ×30	D 介護職員等処遇改善加算 (I) C×18.6%		居住費 (1,000/日)	食材費 (1,050/日)	光熱水費 (300/日)	
要支援2	2,283/日	54/日	-	70,110	13,040	83,150	30,000	31,500	9,000	153,650
要介護1	2,295/日	54/日	171/日	75,600	14,062	89,662	30,000	31,500	9,000	160,162
要介護2	2,403/日	54/日	171/日	78,840	14,664	93,504	30,000	31,500	9,000	164,004
要介護3	2,472/日	54/日	171/日	80,910	15,049	95,959	30,000	31,500	9,000	166,459
要介護4	2,523/日	54/日	171/日	82,440	15,334	97,774	30,000	31,500	9,000	168,274
要介護5	2,577/日	54/日	171/日	84,060	15,635	99,695	30,000	31,500	9,000	170,195

(備考)

※ 食材費は、1日 1,050円(朝食250円、昼食400円、夕食400円)

1. 初期加算として、入居日から30日間に限り1割(30円/日)、2割(60円/日)、3割(90円/日)をご負担いただきます。
2. 月の途中の入院の場合は、居住費のみ徴収とします。
3. オムツ代、医療費、衣類等のクリーニング代及び理美容代等は、自己負担となります。
4. 上記利用料は、1ヶ月30日での計算です。
5. 対象者のみ(若年性認知症受入加算(120円/日)・退去時相談援助加算(400円/1回限度)をご負担いただきます。