

別表1 岬荘グループホーム利用料金

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(1) 医療連携体制 加算(1)ハ		C (A+B) ×30	D 処遇改善加算(1) C×18.6%		居住費 (700/日)	食材費 (1,050/日)	光熱水費 (350/日)	
要支援2	761/日	22/日	-	23,490	4,369	27,859	21,000	31,500	10,500	90,859
要介護1	765/日	22/日	37/日	24,720	4,598	29,318	21,000	31,500	10,500	92,318
要介護2	801/日	22/日	37/日	25,800	4,799	30,599	21,000	31,500	10,500	93,599
要介護3	824/日	22/日	37/日	26,490	4,927	31,417	21,000	31,500	10,500	94,417
要介護4	841/日	22/日	37/日	27,000	5,022	32,022	21,000	31,500	10,500	95,022
要介護5	859/日	22/日	37/日	27,540	5,122	32,662	21,000	31,500	10,500	95,662

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(1) 医療連携体制 加算(1)ハ		C (A+B) ×30	D 処遇改善加算(1) C×18.6%		居住費 (700/日)	食材費 (1,050/日)	光熱水費 (350/日)	
要支援2	1,522/日	44/日	-	46,980	8,738	55,718	21,000	31,500	10,500	118,718
要介護1	1,530/日	44/日	74/日	49,440	9,196	58,636	21,000	31,500	10,500	121,636
要介護2	1,602/日	44/日	74/日	51,600	9,598	61,198	21,000	31,500	10,500	124,198
要介護3	1,648/日	44/日	74/日	52,980	9,854	62,834	21,000	31,500	10,500	125,834
要介護4	1,682/日	44/日	74/日	54,000	10,044	64,044	21,000	31,500	10,500	127,044
要介護5	1,718/日	44/日	74/日	55,080	10,245	65,325	21,000	31,500	10,500	128,325

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(1) 医療連携体制 加算(1)ハ		C (A+B) ×30	D 処遇改善加算(1) C×18.6%		居住費 (700/日)	食材費 (1,050/日)	光熱水費 (350/日)	
要支援2	2,283/日	66/日	-	70,470	13,107	83,577	21,000	31,500	10,500	146,577
要介護1	2,295/日	66/日	111/日	74,160	13,794	87,954	21,000	31,500	10,500	150,954
要介護2	2,403/日	66/日	111/日	77,400	14,396	91,796	21,000	31,500	10,500	154,796
要介護3	2,472/日	66/日	111/日	79,470	14,781	94,251	21,000	31,500	10,500	157,251
要介護4	2,523/日	66/日	111/日	81,000	15,066	96,066	21,000	31,500	10,500	159,066
要介護5	2,577/日	66/日	111/日	82,620	15,367	97,987	21,000	31,500	10,500	160,987

※ 食材費は、1日 1,050円(朝食200円、昼食350円、夕食400円、おやつ等100円)

(備考)

- 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。

上記の利用料金に同意します。

年 月 日 氏名

印

(利用者名:)