

# グループホームほたる田中 利用料金表

## 介護保険サービス利用者負担額(1割負担の場合)

R5.12.1～

費用項目	区分	1日あたり	30日あたり
①基本料	要支援2	748	22,440
	要介護1	752	22,560
	要介護2	787	23,610
	要介護3	811	24,330
	要介護4	827	24,810
	要介護5	844	25,320
②医療連携体制加算(Ⅰ)	要介護1～5	39	1,170
③介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1カ月あたりの介護保険サービス合計単位数(①+②)の11.1%が加算されます		
④介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1カ月あたりの介護保険サービス合計単位数(①+②)の2.3%が加算されます。		
⑤介護職員等ベースアップ等支援加算	1カ月あたりの介護保険サービス合計単位数(①+②)の2.3%が加算されます。		
家賃		1,600	48,000
食材料費		1,100	33,000
水道光熱費		600	18,000
リネン代(寝具リース・交換費用)		60	1,800
1カ月あたりのおおよその基本利用料(要介護1の場合)の合計		¥128,350	

※①～⑤が介護保険サービス利用者負担額となります。介護保険利用自己負担額は、介護保険証負担割合証に依りて、1割又は2割又は3割となります。1単位:10円

### 【その他利用者実費負担金】

おむつ、紙パンツ、パッドなどの介護用品 往診代などの医療費・処方薬代、お薬管理費 理美容代 個人消耗品(歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュ、ほか嗜好品) 汚染時寝具類洗濯費(布団、毛布、敷きパッド、枕など汚染した場合) 介護用具費 その他日常生活に係る費用	実費
--	----

※下記について該当する場合のみ加算されます。

初期加算	30単位/日 (入所日より30日と、30日を超える入院後に再入居した場合、最初の30日に限り、1日当たり30単位加算)
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位/日
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ):22単位 (Ⅱ):18単位 (Ⅲ):6単位 /日
入院時費用	246単位/日 (1カ月に6日が限度)
看取り介護加算	72～1280単位/日 死亡日前45日間
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40単位/月

※介護保険料には上記以外にもその他の加算が算定される場合があります。

※体制状況により加算の金額が変更する場合があります。

※介護保険料は、法改正などにより金額が変更することがあります。

※入居時、敷金として60,000円お預かりいたします。

(退去時、居室清掃や必要に応じ壁紙や家具などの修繕にかかった費用を差し引き、返金いたします)

# グループホームほたる田中 利用申込書

令和 年 月 日

申込者 住所:〒

氏名:

続柄:

電話番号:

( )

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	大・昭 年 月 日	満 歳
住所	〒	
電話番号	( )	
要介護状態区分	要支援( 1 ・ 2 ) ・ 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	
介護保険被保険者番号		
介護保険証有効期間		
担当ケアマネジャー	事業所名:	連絡先: お名前:
現在利用のサービス	訪問介護 ・ デイサービス ・ ショートステイ ・ 福祉用具貸与 ・ その他	
家族構成		
起床・就寝時間	起床時間:	就寝時間:
趣味や食べ物の好み	趣味:	好きな食べ物: 嫌いな食べ物:
性格 ・ 癖		
健康・生活状況	食事 ( 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ) 体重 ( kg)	
	排泄 ( 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 )	
	移動 ( 歩く ・ 杖 ・ 手押し車 ・ 歩行器 ・ 車椅子 )	
認知症状	1.物忘れ 2.徘徊 3.被害妄想 4.昼夜逆転・不眠 5.幻覚・妄想 6.家に戻れない 7.居場所・時間・誰か・状況などわからない 8.介護への抵抗 9.うつ状態 10.暴言 11.暴力 12.大声を出す 13.異食行動 14.収集癖 15.不潔行動 16.その他:	
その他伝えておきたい事 (病歴、薬、注意点等)		
当ホームに望まれる事		
緊急時連絡先 (連絡先、氏名、続柄)	1.	2. 3.
経過(ホーム記入)		