

契約書別紙
グループホーム 小菊の家

(1) 介護保険の料金

① 基本料金（介護報酬分）

要介護状況区分	1日当たりの自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	821円	1,642円	2,463円
要介護2	859円	1,718円	2,577円
要介護3	886円	1,771円	2,656円
要介護4	903円	1,806円	2,708円
要介護5	922円	1,843円	2,864円

② 加算について

加算名	算定 単位数	1日（1回）当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
初期加算分として入所30日以内の期間	30	33円	66円	99円
医療連携体制加算Ⅰ（イ）	57	63円	125円	187円
医療連携体制加算Ⅰ（ロ）	47	52円	103円	154円
医療連携体制加算Ⅰ（ハ）	37	41円	81円	121円
協力医療機関連携加算	100	109円	218円	327円
退居時相談援助加算（1回まで）	400	436円	872円	1308円
退居時情報提供加算	250	273円	545円	818円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	11円	22円	33円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	6円	11円	17円
口腔衛生管理体制加算	30	33円	66円	99円
口腔・栄養スクリーニング加算	20	22円	44円	66円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4	5円	9円	14円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	24円	48円	72円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	20円	40円	59円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	7円	14円	20円
夜間支援体制加算Ⅰ	50	55円	109円	164円
Ⅱ	25	28円	55円	82円
若年性認知症利用者受入加算	120	131円	262円	393円
入院した時の費用の算定	246	269円	537円	805円
看取り介護加算（死亡日以前31日以上45日以下）	72	79円	157円	236円
（死亡日以前4日以上30日以下）	144	157円	314円	471円
（死亡日の前日及び前々日）	680	742円	1483円	2224円
（死亡日）	1280	1396円	2791円	4186円
科学的介護推進体制加算	40	44円	88円	131円
介護職員等ベースアップ等支援加算		所定単位数の合計の2.3%		
介護職員処遇改善加算Ⅰ		所定単位数の合計の11.1%		
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ		所定単位数の合計の3.1%		
介護職員特定処遇改善加算Ⅱ		所定単位数の合計の2.3%		

(2) 家賃 月額 78,000円 生活保護受給者 月額 69,800円

*途中入退居の場合は日割り計算となります。

(3) 食費 月額 31,000円 *入院・外泊の場合の食事は、3食食べなかった場合は徴収しません。

(4) 光熱水費 月額 10,000円

(5) 共益費 月額 13,000円

共益費に含まれるものは、概ね次の通りです。

- ① 火災保険料、新聞代、雑誌代、園芸用品、写真代
- ② 共用部分電球、台所・洗濯用洗剤、日用品等（ペーパータオル、保湿剤など）共用で使用する物
- ③ 外出時用携帯料金（散歩、その他外出時の対応）
- ④ 教養娯楽費 全体で取り組む行事や教室などにかかる経費
- ⑤ 施設整備費（防災点検、エレベーター点検等、建物に付随する設備等の保守費用と施設修理積立金）
- ⑥ 定期清掃（レンジフード・床清掃等）・植木の剪定

(6) その他の料金（実費相当額）

※ おむつ代、理美容代、嗜好品

※ 日用品で個人が使用する物（衣類、履物、雑貨、化粧品、歯ブラシ、歯磨き粉等）

※ 行事料・レクリエーション費等で個人を対象にしたもの

※ 個別外出、受診付き添いの場合の経費（交通費、入場料）

※ 個人が購読する新聞、雑誌等の購読料（基本的には家族との直接契約とします）

※ 個人の宅配、郵便などに関わる費用

※ 通院の付き添い 1時間当たり2,500円

原則として家族に付き添いをお願いしております。尚、体調の急変や事故等の緊急事態の場合は職員が付き添いをいたします。その場合の同行費用は頂きません。

※ 健康管理費（インフルエンザ予防接種等）

※ コピーレンジ1枚 10円（両面 20円）

※ その他利用者ならびに家族の了承を得て支出する費用

(7) 入居・退居・入院・外泊時の料金取扱いについて

① 基本料金・食材費は利用者が実際に居住されたり、サービスを利用されたりした日数に応じて実費を頂きます。

② 光熱水費・共益費・家賃はお部屋の使用開始日（荷物の搬入日）から使用終了日（荷物の搬出日）まで日割りで頂きます。

(8) 光熱水費、共益費等実費相当額については、年度経過後過不足を清算します。

契約書別紙の説明を受け了解しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____ 印

 氏名 _____ 印

代理人 住所 _____ 印

 氏名 (続柄) 印