

## グループホーム豊田喜楽園 料金表

令和元年10月現在

【全室個室】

| 要介護度 | 基本単価<br>(1割負担) | サービス提供<br>体制加算Ⅲ | 医療連携<br>体制加算Ⅰ | 介護職員<br>処遇改善<br>加算Ⅰ   | 介護保険基準外サービス |             |               | 1割負担<br>利用料金<br>(30日) | 2割負担<br>利用料金<br>(30日) | 3割負担<br>利用料金<br>(30日) |
|------|----------------|-----------------|---------------|-----------------------|-------------|-------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      |                |                 |               |                       | 家賃<br>(30日) | 食費<br>(30日) | 光熱水費<br>(30日) |                       |                       |                       |
| 要支援2 | 757            | 6               | 39            | 1ヵ月の<br>総単位数<br>×8.3% | 39,000      | 41,760      | 15,000        | 121,817               | 147,874               | 173,931               |
| 要介護1 | 761            |                 |               |                       |             |             |               | 121,947               | 148,134               | 174,321               |
| 要介護2 | 797            |                 |               |                       |             |             |               | 123,117               | 150,473               | 177,830               |
| 要介護3 | 820            |                 |               |                       |             |             |               | 123,864               | 151,968               | 180,072               |
| 要介護4 | 837            |                 |               |                       |             |             |               | 124,416               | 153,072               | 181,729               |
| 要介護5 | 854            |                 |               |                       |             |             |               | 124,969               | 154,177               | 183,386               |

※介護保険料の負担割合については、介護保険負担割合証をご確認ください。

○上記に示す加算以外も該当される方は下記の加算が追加となります。

| 加算    | 単位数     | 備 考  |
|-------|---------|--|
| 初期加算  | 30単位/日  | 入所後30日間又、30日を超える病院等への入院後に施設に再入所した場合30日間加算  |
| 入院時費用 | 246単位/日 | 入院後3か月以内に退院が見込まれる際に再受け入れ体制を確保している場合（月6日限度） |

○その他の料金等について

| 内 容                                       | 金 額                          |
|---|------------------------------|
| ①日用品（歯ブラシ・歯磨き粉・ポリデント・ティッシュペーパー等）          | 実費                           |
| ②オムツ代                                     | 実費                           |
| ③理美容費                                     | 実費                           |
| ④医療費、薬費                                   | 実費                           |
| ⑤受診・通院介助                                  | 実費（職員付添による公共交通機関利用時の利用料金実費分） |
| ⑥外泊、入院時保証費（外泊、入院時における当月分の住居費及び光熱水費の実費相当分） | 実費                           |
| ⑦預り金管理料                                   | 2,000円/月                     |
| ⑧私物電気代                                    | 1台につき50円/日（上限額は2台合計100円まで）   |