# グループホームふれあい料金表

| サービス種別 | 認知症対応型共同生活介護 |
|---|---|
| ご利用者の主な条件 | ●65歳以上で認知症のある方。要介護認定を受け要支援2以上の方。<br>●家庭環境等によりご自宅での介護が困難な方。<br>●共同生活を送ることに支障のない方。<br>●極端な暴力行為（他の利用者様を傷つけるなど）を行うおそれのない方。<br>●常時医療行為（イロウ、経管栄養、IVH,インスリン注射など）がない方。 |

## 利用料金のご案内

◆月額自己負担見込額　　（①介護保険1割負担額　＋　②月額利用料）

| | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 合　計 | 136，270円 | 137，818円 | 139，139円 | 140，045円 | 140，648円 | 141，290円 |

①介護保険1割負担分

| 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 |
|---|---|---|
| 28，270円 | 29，818円 | 31，139円 |
| 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 32，045円 | 32，648円 | 33，290円 |
| このサービスは、包括的に提供され要介護度に応じて定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。 | | |

②月額利用料

| | | |
|---|---|---|
| 家　　賃 | 48，000　円/月 | 消耗品等は実費対応でお願いいたします。（おむつ・医療費・嗜好品等） |
| 食　材　費 | 35，000　円/月 | |
| 水道光熱費 | 15，000　円/月 | |
| 管　理　費 | 10，000　円/月 | |
| 合　　計 | 108，000　円 | |

※介護保険1割負担について　介護職員等処遇改善加算、医療連携体制加算が含まれております。

※介護保険2割負担の方は上記金額が概ね2倍の金額になり、3割負担の方は上記金額が概ね3倍の金額になりますます。

◆上記利用料に加え※の加算をご負担していただく場合があります。

加算費用の種類

※初期加算　入居した日から起算して30日以内の期間について加算があります。　37.7円/日×30日

※認知症専門ケア加算

※サービス提供体制強化加算

| モデルケース<br>Aさんの場合［要介護1］<br>（30日ご利用の場合） | | | |
|---|---|---|---|
| | | ①家賃 | 48，000　円 |
| | | ②食材費 | 35，000　円 |
| | | ③水道光熱費 | 15，000　円 |
| | | ④管理費 | 10，000　円 |
| | | ⑤介護費用（介護保険自己負担分）<br>［要介護度　1］の場合　29，818　円 | |
| | | ⑥その他、個人消耗品費は実費 | |
| | | 合計　137，818　円 | |

その他費用

★その他紙おむつ（1,320円/袋）、ワイドパッド（1,430円/袋）、尿とりパッド（550円/袋）、理美容代、通院・往診時の医療費及び日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用。

（ご不明な点はお問い合わせください）

有限会社ビッグストーン

# グループホームふれあい申込書

令和　　年　　月　　日

ご利用希望者様

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住所 | （〒　　－ | | | | |
| ふりがな | | TEL | | | |
| 氏名 | 様 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 年齢 | | 性別 | 男・女 |
| 生活形態 | １・一人暮らし　　２・夫婦のみ　　３・家族と同居 | | | | |
| 現在の生活場所 | １・自宅　２・一般病院　３・特別養護老人ホーム　４・老人保健施設　５・療養型病床群　６・有料老人ホーム　７・その他（　　） | | | | |
| 介護認定 | 要支援2　　要介護１　　２　　３　　４　　５ | | | | |
| ケアプラン作成者 | 所属機関 | | TEL | | |
| | 氏名 | 様 | ワーカー・ケアマネ・その他（ | | |

申込者様（ご家族様など）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住所 | （〒　　－　　） | | | | |
| ふりがな | | TEL | | | |
| 氏名 | | 携帯 | | | |
| | | 年齢 | | 続柄 | |
| 備考 | | | | | |

※　その他のご親族様もしくは関係者様（ご記入いただければ助かります）

| 氏名 | 住所 | ＴＥＬ |
|---|---|---|
| 様 | | |
| 様 | | |

★面接時にご用意して頂く物★
介護保険被保険者証

上記項目にご記入の上、下記までFAX,郵便、又は電話でご連絡下さい。

〒463-0803　愛知県名古屋市守山区日ノ後６０４番地
TEL　０５２－７３６－８６２０
FAX　０５２－７３６－８６２１
有限会社ビッグストーン　グループホームふれあい　申し込み係　管理者　宛