グループホームまどか短期入所生活介護　利用料金表

■基本料金（月額：円）

要介護区分	基本利用料（日額）										5月～9月	10月～4月
	介護保険自己負担分	医療連携体制加算Ⅰハ	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算Ⅰ	合　計	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 22.8%	食費	居住費	光熱水費	暖房費（10月～4月）	合　計	合　計
要支援２	777	37	40	22	876	200	朝食330 昼食430 夕食530 （1,290）	840	420	230	3,626	3,856
要介護１	781	37	40	22	880	201					3,631	3,861
要介護２	817	37	40	22	916	209					3,675	3,905
要介護３	841	37	40	22	940	214					3,704	3,934
要介護４	858	37	40	22	957	218					3,725	3,955
要介護５	874	37	40	22	973	222					3,745	3,975

※要件を満たしているときのみ算定します。

科学的介護推進体制加算	医療連携体制加算Ⅰハ	サービス提供強化加算Ⅰ	生活機能向上加算	認知症緊急対応加算	若年性認知症利用者受入加算	看取り加算（Ⅱ）
40円/月 入居者ごとの健康状態、心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に３か月に１回提出、サービスを適切かつ有効に提供する	37円	22円	※200円/月 リハビリテーションを実施している事業所等のOT・PTが訪問し共同で身体状況の評価を行い生活機能向上を目的とした介護計画を作成した場	※200円 （7日間限度） 特別な事由がある場合は14日を限度とする。	※120円 65歳の誕生日の前々日まで算定	死亡日以前4～30日 ※144単位/日 死亡日前日及び前々日 ※680単位/日 死亡日 ※1280単位/日

■その他

☆持込テレビ・・・**月額２００円**をご負担いただきます。

☆通院送迎費・・・**市外１回片道２，０００円**をご負担いただきます。

☆医療費等・・・・実費自己負担をいただきます。

☆紙オムツ・・・・実費自己負担をいただきます。

☆理美容代・・・・実費自己負担をいただきます。

☆買物等・・・・・実費自己負担をいただきます。

☆食費・・・・・・食事を摂っていただいた、実数分をご負担いただきます。

☆その他・・・・・利用者の負担が適当と認められた場合は、協議の上ご負担いただきます。