

グループホームさくら認知症対応型共同生活介護契約書第10条、グループホームさくら運営規程第7条、重要事項説明書7(1)イに定める利用料は次のとおりです。

グループホームさくら 利用料等

1 利用料自己負担分（介護保険対象）（1割の場合、1日につき）（令和6年4月介護報酬改定による）

介護度	① 単位 (1日につき)	② 初期加算 (入所より30日)	③ 入院時算定 *入院した場合 (月6日限度)	④ サービス提供体制 強化加算(Ⅰ) (1日につき)	処遇改善加算(Ⅲ) (令和6年6月より)
要支援2	761	30	246	22	①～④の該当する料金の ひと月の合計に 15.5%乗じた金額
要介護1	765	30	246	22	
要介護2	801	30	246	22	
要介護3	824	30	246	22	
要介護4	841	30	246	22	
要介護5	859	30	246	22	

※入院時算定と一ヶ月以上入院時の初期加算：H30.9月利用料より適用（入院時のみ）

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/1日：R5.4月利用料より適用

※介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)：R6.6月利用料より適用

注：利用料自己負担分は介護保険負担割合証の割合により変わります。

2 毎月いただく料金（介護保険外）

家賃	月額 48,000 円	(注) 入院された場合でも、家賃、光熱水費は ご負担いただきます ※食材費 (R5.4.1～適用) 朝:450 円 昼:500 円 夕:500 円
(生活保護受給者)	月額 31,800 円	
食材費	日額 1,450 円	
光熱水費	月額 25,000 円	冬期加算 (11月～3月 +5,000 円) 夏期加算 (7月～9月 +5,000 円) (R4.11.1～適用)

3 入居時にかかる費用

保証金	20 万円	生活保護受給者は住宅扶助基準額を超えない額にて徴収します
-----	-------	------------------------------

◆保証金：次に該当する場合は、この保証金で充当します。

①契約書第10条（費用）に定める月々の利用料が支払えなくなった場合

②入居中の居室内等の補修、退居時の原状回復に要する費用

※保証金は、退居時に精算し、残金をお返しします。

特別サービス提供にかかる費用について

(令和2年9月より適用)

費用項目	内 容	金 額	備 考
○福祉用具関係			基本 施設
○日用品			
洗面用具	ハブラシ 歯みがき粉 コップ 入れ歯ケース 入れ歯洗浄剤等	施設代行購入の場合 実費+送迎時燃料代	基本 ご本人様 (ご家族様)用意
入浴用具	シャンプー リンス ボディソープ 洗面器等		
ティッシュペーパー	(できれば水に流せるタイプの物)		
トイレトペーパー 洗濯洗剤			基本 施設(※1)
他 個人の物と認められるもの		実費	基本 ご家族様
○その他			
マット等洗浄消毒(業者)	失禁等で必要となった場合	実費	
送迎時燃料代	個人の買い物	代行 1回 200円	基本 ご家族様
写真代	退去時やご家族の希望により	CD 1枚 200円	
理美容代		実費	
おむつ代		実費	
行事・教養娯楽費		実費	
トイレつまり修理費(業者)	利用者様責任の場合	実費	
LCV	テレビを入れる場合	月額 750円	
○介助・代行関係			
通院介助	協力医 の場合	無料	基本 施設
	協力医以外の場合(片道10km未満)	施設代行の場合 交通費(20円/km)	基本 ご家族様
	〃 (片道10km以上)	施設代行の場合 1回 1,000円	
緊急時(救急搬送等)	職員の救急車同乗(タクシー利用)や 事業所の車が使用できない場合	実費	
洗濯代(入院時)	施設代行の場合	1回 1,000円	基本 ご家族様

※1 施設使用の品物をご使用いただきますが、ご本人様、ご家族様ご指定の品物を希望されたり、極端に使用量が多いと認められる場合は、ご家族様とご相談の上で、ご用意いただいたり、ご負担いただく場合がございます。

○グループホームさくら協力医療機関： 諏訪共立病院、 鈴木歯科クリニック（下諏訪町西鷹野町）

○利用料金についてご不明な点はご遠慮なくお問い合わせください。