

グループホーム輝楽苑 入居利用料金のご案内

平成 30 年 8 月 1 日改定

1 か月 30 日の場合（介護保険料及び家賃・光熱水費・食材料費）

介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護度別単位数（日）（ア）	743 単位/日	747 単位/日	782 単位/日	806 単位/日	822 単位/日	838 単位/日
（ア）×30 日（イ）	22,290 単位	22,410 単位	23,460 単位	24,180 単位	24,660 単位	25,140 単位
サービス提供体制加算Ⅲ 6 単位/日×30 日（ウ）	6 単位×30 日 = 180 単位					
口腔衛生管理体制加算 30 単位/月（エ）	30 単位/月					
医療連携体制加算 39 単位/日×30 日（オ）	39 単位×30 日 = 1,170 単位					
介護職員処遇改善加算 {（イ）+（ウ）+（エ）+（オ）} ×11.1%（カ）	2,498 単位	2,641 単位	2,757 単位	2,837 単位	2,890 単位	2,944 単位
サービス利用料金 {（イ）+（ウ）+（エ）+（オ）+（カ）} ×10.14 円（※）（キ） 小数点以下切り捨て	253,479 円	268,010 円	279,833 円	287,945 円	293,350 円	298,764 円
介護保険自己負担額 <u>（1 割負担の場合） A</u> （キ）×（（キ）×9 割） 小数点以下切り上げ	25,348 円	26,801 円	27,984 円	28,795 円	29,335 円	29,877 円
介護保険自己負担額 <u>（2 割負担の場合） B</u> （キ）×（（キ）×8 割） 小数点以下切り上げ	50,696 円	53,602 円	55,967 円	57,589 円	58,670 円	59,753 円
介護保険自己負担額 <u>（3 割負担の場合） C</u> （キ）×（（キ）×7 割） 小数点以下切り上げ	76,044 円	80,403 円	83,950 円	86,984 円	88,005 円	89,630 円

栄養スクリーニング加算	5 単位/回 ※6 月に 1 回を限度として
-------------	---------------------------

介護保険外の費用（月額）

家賃（月額）（D）	72,800 円
光熱水費（E）	14,800 円
食材料費（F）	33,000 円

1か月の基本の自己負担額（月額）

(1割負担の方) (A+D+E+F)	145,948円	147,401円	148,584円	149,395円	149,935円	150,477円
(2割負担の方) (B+D+E+F)	171,296円	174,202円	176,567円	178,189円	179,270円	180,353円
(3割負担の方) (C+D+E+F)	196,644円	201,003円	204,550円	206,984円	208,605円	210,230円

※ 1か月の基本の自己負担額（月額）には、栄養スクリーニング加算、医療費（治療にかかる医療費、居宅療養管理費、往診代、投薬料等）、理美容代、排泄介護用品（おむつ、リハビリパンツ、パット等）、利用者様の希望に基づき実施する費用等は含みません。

※豊川市は地域区分が「7級地」であるため、1単位は10.14円となります。

※ 上記計算は小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

※ 入居後30日間は、初期加算として1日30単位（自己負担額は1割または2割）が生じます。

※敷金として、上記家賃の4か月分として291,200円をご負担いただきます。

※この敷金は退居時に退居月の介護保険料、家賃、光熱水費、食材料費、及び自己負担分等の費用、ハウスクリーニング代（エアコンクリーニング、ベッドマットレスクリーニングを含む）、及び居室の補修等を精算した後、残額を全額ご返金いたします。