

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 愛の家グループホーム周南須々万 料金表

○介護保険自己負担分

(地域区分割合: 10.14)

①はご利用になられるお客様の要介護度に応じて必要となる項目です。

種別	介護認定	1日単位	1割負担の場合	2割負担の場合
			月額(30日換算)	月額(30日換算)
①介護予防) 認知症対応型 共同生活介護費 2ユニット以上用	要支援 2	743単位	22,602円	45,204円
	要介護 1	747単位	22,724円	45,448円
	要介護 2	782単位	23,789円	47,577円
	要介護 3	806単位	24,519円	49,037円
	要介護 4	822単位	25,006円	50,011円
	要介護 5	838単位	25,492円	50,984円

②の加算は、当ホームが基準を満たした際に加算させて頂く項目となります。現状は「適応」をご覧ください。

②加算(ホーム状況による加算)		適応条件	適応	1日単位	月額(30日換算)	月額(30日換算)
夜間支援体制加算		基準を上回る夜間支援体制の場合	—	25単位	—	—
医療連携体制加算		ホームが医療連携体制を整え内容を同意している場合	○	39単位	1,187円	2,373円
認知症専門ケア加算	I	基準を満たし 専門的な認知症ケアが行われた場合	—	3単位	—	—
	II	専門的な研修を受けた者がおり I要件を満たし研修計画を作成・実施の場合	—	4単位	—	—
サービス提供体制強化加算	I-イ	介護福祉士が 60%以上配置されている場合	—	18単位	—	—
	I-ロ	介護福祉士が 50%以上配置されている場合	—	12単位	—	—
	II	常勤職員が 75%以上配置されている場合	—	6単位	—	—
(基準を満たした際にI~IIIのいずれか)		3年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されている場合	—	6単位	—	—

※「適応」は 平成27年11月1日 現在の当ホームの加算該当項目です。

③の加算は該当するお客様のみにかかる加算及び対象のサービス利用時にかかる加算項目となります。

③加算(該当時・該当者に加算)		適応条件	1日単位	月額	月額
初期加算		入居日から30日間に加算	30単位	913円	1,826円
認知症行動・心理症状緊急対応加算		対象時に7日を限度とし加算	200単位	1,420円(7日換算)	2,840円(7日換算)
若年性認知症利用者受入加算		該当の入居者様のみ加算	120単位	3,651円	7,301円
看取り介護加算	お亡くなりになる前4日以上30日以下の場合		144単位	3,943円(27日換算)	7,885円(27日換算)
	お亡くなりになる前日及び前々日		680単位	1,380円(2日換算)	2,759円(2日換算)
	お亡くなりになった日		1280単位	1,298円(1日換算)	2,596円(1日換算)
退居時相談援助加算		対象時1回のみ加算	400単位	406円/1回	812円/1回

④の加算は介護職員の処遇改善にかかる加算項目となります。

④加算	計算方法	介護認定	月額(30日換算) ①と②の場合	月額(30日換算) ①と②の場合
介護職員処遇改善加算 I	上記単位数合計×8.3%	要支援 2	1,886円	3,772円
		要介護 1	1,978円	3,955円
		要介護 2	2,069円	4,137円
		要介護 3	2,130円	4,259円
		要介護 4	2,160円	4,320円
		要介護 5	2,221円	4,442円

○利用料

⑤ 120,000円 (30日換算)

内訳	家賃	60,000円
	管理費	1,980円
	水道光熱費	21,000円
	食材料費	37,020円
	日額	1,234円

月額合計概算 【①+②(適応分)+④+⑤】	介護認定	1割負担の場合 (30日換算)	2割負担の場合 (30日換算)
	要支援 2	144,488円	168,976円
	要介護 1	145,889円	171,776円
	要介護 2	147,045円	174,087円
	要介護 3	147,836円	175,669円
	要介護 4	148,353円	176,704円
要介護 5	148,900円	177,799円	

※上表は、1ヶ月あたりの介護報酬等の金額(概算)を把握するための参考資料となります。
 実際に請求される金額につきましては、当社から発行される請求書の金額となります。
 (実際の請求金額は、算定対象日数/回数や端数処理の仕方により、上表の金額をもとに計算した金額とは異なります。)

※月額合計概算は、上記日付現在の「②ホーム状況による加算」(適応分)が含まれた金額です。
 入居者様の状況及び該当サービス利用時に発生する加算「③該当時・該当者に加算」は含まれておりません。

※その他日常生活において通常必要となる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は
 実費で請求させていただきます。(おむつ代・医療費・理美容費等)

○敷金

(入居時のみ)

愛の家グループホーム 仮入居申込書

※太枠の中でわかる範囲でご記入下さい。

入居希望ホーム	<input type="checkbox"/> 周南須々万		
お申込日	年 月 日	入居希望日	年 月 日

ご入居者	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日
	住所	〒		TEL		

介護保険	介護申請	要支援 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 年 月 日				
	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
	備考					

身元引受人	氏名	フリガナ	続柄	年齢	緊急連絡先 (携帯等)	
	住所	〒		TEL	FAX	
	勤務先			TEL		

備考 (連絡事項等)						
---------------	--	--	--	--	--	--

お申込者氏名 (身元引受人)	印
-------------------	---

※弊社記入欄	担当者氏名		契約予定日	年 月 日
--------	-------	--	-------	-------

※弊社記入欄	所見及び備考			

診 断 書

愛の家グループホーム周南須々万

氏名		男 ・ 女	生年月日	明 大 昭	年 月 日 歳
住所	〒 _____ TEL ()				
既往歴					
現在の病名				経過及び 治療の概要	
現在服薬 中 の薬					
感染症	HBs抗原	陰性 ・ 陽性		疥癬	有 ・ 無
	HCV抗体	陰性 ・ 陽性		その他	
	W氏反応	陰性 ・ 陽性 (TPHA _____)			
皮膚疾患	有(_____) ・ 無				
血圧	/	身長	cm	体重	kg
アレルギー	有(_____) ・ 無				
心電図	異常 有(_____) ・ 無 ; 平成 年 月 日 現在				
胸部疾患	胸部X-P所見(年 月 日)				
認知症の診断	有 { 脳血管性 ・ アルツハイマー型 ・ その他(_____) } ・ 無				
認知症日常 生活自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb IV M
総合所見	入居に際しての諸注意をご記入ください。				
医療機関所在地	診断書記入日 年 月 日 TEL ()				
医療機関名	医師名			印	

愛の家グループホーム 利用申込書

利用ホーム	愛の家グループホーム周南須々万		利用者氏名			
審査日	平成 年 月 日	契約締結予定日	平成 年 月 日	利用開始予定日	平成 年 月 日	

お客様	氏名	フリガナ		男・女	生年月日	明大昭	年 月 日
	住所	〒			TEL		
介護保険	介護申請	認定あり(要介護度 要支援2・1・2・3・4・5)・申請予定(月 日)・申請中(月 日)					
	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	居宅介護支援事業所				担当者		
	その他の連絡先						
収入状況	年金	種類(厚生年金・共済年金・国民年金)				万円/年間	
	恩給					万円/年間	
	その他の定期的な収入					万円/年間	
身元引受人	氏名	フリガナ	続柄	年齢	緊急連絡先(携帯等)		
	住所	〒			TEL		
					FAX		
勤務先				TEL			
備考 (連絡事項等)							

事業主体 (住所) 大阪府泉大津市我孫子150番地
(名称) メディカル・ケア・サービス関西株式会社
代表取締役 浅野 雅良

事業所 (住所) 山口県周南市大字須々万本郷404番地-1
(名称) 愛の家グループホーム周南須々万

愛の家グループホーム周南須々万 への利用を申いたします。

平成 年 月 日

お客様 (住所) (氏名)

㊞

(上記、お客様欄の住所・氏名の記載については、下記身元引受人が代筆しました)

身元引受人 (住所) (氏名)
(お客様との続柄)

㊞

(毎月の請求書等の郵送先が身元引受人と異なる場合は、下記に記入をお願いいたします)

請求先 (郵便番号) (住所) (氏名)
(お客様との続柄)

※弊社記入欄	担当名			
	審査欄	入居 可・不可	審査者	
	入居日	平成 年 月 日	確認者	

上記記載の入居日が、実際に入居された日付となりますのでご了承下さい。

利用契約書の入居予定日 平成 年 月 日

相違した場合、その理由

*ご利用開始後、身元引受人の方に、この申込書のコピーをお渡しいたします