

■□■ 利用料のご案内(1割負担) 兼 同意書 ■□■

(グループホームきりん)

■ 認知症対応型共同生活介護

| 介護保険関係 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------|---------------|------|------|----------------|------|------|
| | 認知症対応型共同生活介護Ⅱ | ¥747 | ¥782 | ¥806 | ¥822 | ¥838 |
| | サービス提供体制加算 | | | ¥6 | | |
| | 医療連携体制加算 | | | ¥59 | | |
| | ※1 処遇改善加算 | | | 111/1000 | | |
| | | | | その他状況に応じて別途請求① | | |
| その他 | 家賃 | | | ¥1,500 | | |
| | 水道・光熱費 | | | ¥100 | | |
| | 食材料費 | | | ¥1,380 | | |
| | | | | その他状況に応じて別途請求② | | |

■ 認知症対応型共同生活介護(短期利用)

| 介護保険関係 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------|---------------|------|------|----------------|------|------|
| | 認知症対応型共同生活介護Ⅱ | ¥775 | ¥811 | ¥835 | ¥851 | ¥867 |
| | サービス提供体制加算 | | | ¥6 | | |
| | 医療連携体制加算 | | | ¥59 | | |
| | ※1 処遇改善加算 | | | 111/1000 | | |
| | | | | その他状況に応じて別途請求① | | |
| その他 | 家賃 | | | ¥1,500 | | |
| | 水道・光熱費 | | | ¥100 | | |
| | 食材料費 | | | ¥1,380 | | |
| | | | | その他状況に応じて別途請求② | | |

※1 処遇改善加算

$$\text{月に掛かった介護保険の金額} \times 0.111 = \text{処遇改善加算}$$

■ 介護予防認知症対応型共同生活介護（支援2のみ）

| 介護保険関係 | | 入居 | | 短期入所 |
|-----------|---------------|----------------|----------------|------|
| | 認知症対応型共同生活介護Ⅱ | ¥743 | | ¥771 |
| | サービス提供体制加算 | | ¥6 | |
| | | | | |
| ※1 処遇改善加算 | | 111/1000 | その他状況に応じて別途請求① | |
| その他 | 家賃 | ¥1,500 | | |
| | 水道・光熱費 | ¥100 | | |
| | 食材料費 | ¥1,380 | | |
| | | その他状況に応じて別途請求② | | |

○ その他利用料(状況に応じて別途請求①)

| | | | |
|-----------------|------|-------------|--------|
| 認知症行動心理症状緊急対応加算 | ¥200 | 口腔衛生管理体制加算 | ¥30 |
| 若年性認知症受入加算 | ¥120 | 栄養スクリーニング加算 | ¥5 |
| 初期加算 | ¥30 | 入院時費用 | ¥246 |
| 認知症専門ケア加算 | ¥3 | 看取り看護加算1 | ¥144 |
| 退去時相談援助加算 | ¥400 | 看取り看護加算2 | ¥680 |
| 生活機能向上加算 | ¥200 | 看取り看護加算3 | ¥1,280 |

○ その他利用料(状況に応じて別途請求②)

理美容代 実費 (サービス内容によって異なりますが、¥1,000～¥4,500 程度徴収いたします。)
嗜好品 実費 (提供するものによって異なりますが、¥50 ～ ¥250 程度徴収いたします。)

○ 他科受診交通費

| | | |
|-------------|----|--------|
| ～ 5km | 片道 | ¥1,000 |
| 5km ～ 10km | 片道 | ¥1,500 |
| 10km ～ 15km | 片道 | ¥2,000 |

※ 距離については、きりんからの走行距離です。

行事食の利用を(A:300円 B:200円)

希望する 希望しない

※ 介護保険加算関係について、不明な点がございましたら担当相談員へお尋ねください。

※ 掲載しております金額は、平成30年4月1日現在の1割負担の料金となっております。

※ 利用者様毎に定められた割合によって金額が変動します。

上記について説明を受け、同意いたします。

平成 年 月 日 利用者

(印)

代筆

代筆理由