

**■□■ 利用料のご案内 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 | ¥752           | ¥787 | ¥811 | ¥827 | ¥844 |
|        | サービス提供体制加算(Ⅲ) | ¥6             |      |      |      |      |
|        | 医療連携体制加算(Ⅲ)   | ¥59            |      |      |      |      |
|        | 処遇改善加算(Ⅰ)※1   | 111/1000       |      |      |      |      |
|        | 特定処遇改善加算(Ⅱ)※2 | 23/1000        |      |      |      |      |
|        | ベースアップ等加算     | 23/1000        |      |      |      |      |
|        |               | その他状況に応じて別途請求① |      |      |      |      |
| その他    | 家賃            | ¥1,650         |      |      |      |      |
|        | 水道・光熱費        | ¥150           |      |      |      |      |
|        | 食材料費          | ¥1,530         |      |      |      |      |
|        |               | 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 | ¥780           | ¥816 | ¥840 | ¥857 | ¥873 |
|        | サービス提供体制加算(Ⅲ) | ¥6             |      |      |      |      |
|        | 医療連携体制加算(Ⅲ)   | ¥59            |      |      |      |      |
|        | 処遇改善加算(Ⅰ)※1   | 111/1000       |      |      |      |      |
|        | 特定処遇改善加算(Ⅱ)※2 | 23/1000        |      |      |      |      |
|        | ベースアップ等加算     | 23/1000        |      |      |      |      |
|        |               | その他状況に応じて別途請求① |      |      |      |      |
| その他    | 家賃            | ¥1,650         |      |      |      |      |
|        | 水道・光熱費        | ¥150           |      |      |      |      |
|        | 食材料費          | ¥1,530         |      |      |      |      |
|        |               | その他状況に応じて別途請求② |      |      |      |      |

■ 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 | ¥745           | ¥773 |
|        | サービス提供体制加算(Ⅲ) | ¥6             |      |
|        | 処遇改善加算(Ⅰ)※1   | 111/1000       |      |
|        | 特定処遇改善加算(Ⅱ)※2 | 23/1000        |      |
|        | ベースアップ等加算     | 23/1000        |      |
|        |               | その他状況に応じて別途請求① |      |
| その他    | 家賃            | ¥1,650         |      |
|        | 水道・光熱費        | ¥150           |      |
|        | 食材料費          | ¥1,530         |      |
|        |               | その他状況に応じて別途請求② |      |

※ベースアップ等支援加算は※1、※2を含めない介護保険月額合計に加算単位を乗じた額になります。

(裏面に続く)

○ その他利用料(状況に応じて別途請求①)

|                  |        |                   |      |                 |        |
|------------------|--------|-------------------|------|-----------------|--------|
| 入院時費用(1月に6日限度)   | ¥246   | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)      | ¥3   | 科学的介護推進体制加算(月額) | ¥40    |
| 看取り介護加算(31日～45日) | ¥72    | 認知症専門ケア加算(Ⅱ)      | ¥4   | 入院中居宅管理料        | ¥1,600 |
| 看取り介護加算(4日～30日)  | ¥144   | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)(月額) | ¥100 |                 |        |
| 看取り介護加算(2日～3日)   | ¥680   | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)(月額) | ¥200 |                 |        |
| 看取り介護加算(死亡日)     | ¥1,280 | 栄養管理体制加算(月額)      | ¥30  |                 |        |
| 初期加算             | ¥30    | 口腔衛生管理体制加算(月額)    | ¥30  |                 |        |
| 退居時相談援助加算        | ¥400   | 口腔・栄養スクリーニング加算    | ¥20  |                 |        |

○ その他利用料(状況に応じて別途請求②)

|          |      |                                                                |
|----------|------|----------------------------------------------------------------|
| 日用品費(月額) | ¥250 | タオル、バスタオル、石鹸、シャンプー、リンス、おしぼり、おしりふき、ペーパータオル、ティッシュ、洗濯用ビニール袋の費用として |
| 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。

日用品の利用を

☐希望する ☐希望しない

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、令和4年10月1日現在の一割負担の金額となっており利用者ごとに定められた負担割合に応じ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。

令和 年 月 日

利用者

⑨

代 筆

代筆理由