

≪ル・グランガーデン函南≫ 費用一覧

1. 介護保険に係る利用料

R4.10.1

				負担割合1割の方	負担割合2割の方	負担割合3割の方	負担割合1割の方	負担割合2割の方	負担割合3割の方
要介護認定	介護費の単位	介護費	介護費の目安 (30日)	利用者負担額の目安 (30日分)	利用者負担額の目安 (30日分)	利用者負担額の目安 (30日分)	法定代理受領相当 分 目安(30日分)	法定代理受領相当 分 目安(30日分)	法定代理受領相当 分 目安(30日分)
要支援1	182単位/日	1,845円/日	55,364円/月	5,537円/月	11,073円/月	16,610円/月	49,827円/月	44,291円/月	38,754円/月
要支援2	311単位/日	3,153円/日	94,606円/月	9,461円/月	18,922円/月	28,382円/月	85,145円/月	75,684円/月	66,224円/月
要介護1	538単位/日	5,455円/日	163,659円/月	16,366円/月	32,732円/月	49,098円/月	147,293円/月	130,927円/月	114,561円/月
要介護2	604単位/日	6,124円/日	183,736円/月	18,374円/月	36,748円/月	55,121円/月	165,362円/月	146,988円/月	128,615円/月
要介護3	674単位/日	6,834円/日	205,030円/月	20,503円/月	41,006円/月	61,509円/月	184,527円/月	164,024円/月	143,521円/月
要介護4	738単位/日	7,483円/日	224,499円/月	22,450円/月	44,900円/月	67,350円/月	202,049円/月	179,599円/月	157,149円/月
要介護5	807単位/日	8,182円/日	245,489円/月	24,549円/月	49,098円/月	73,647円/月	220,940円/月	196,391円/月	171,842円/月
介護職員処遇改善加算Ⅰ	月間所定単位数×8.2%								
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	月間所定単位数×1.2%								
介護職員等ベースアップ等支援加算	月間所定単位数×1.5%								
医療機関連携加算	80単位/月	811円/月		82円/月	163円/月	244円/月	729円/月	648円/月	567円/月
個別機能訓練加算Ⅰ	12単位/日	121円/日	3,650円/月	365円/月	730円/月	1,095円/月	3,285円/月	2,920円/月	2,555円/月
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月	202円/月		21円/月	41円/月	61円/月	181円/月	161円/月	141円/月
退院・退所時連携加算	30単位/日	304円/日	9,126円/月	913円/月	1,826円/月	2,738円/月	8,213円/月	7,300円/月	6,388円/月
口腔衛生管理体制加算	30単位/月	304円/月		31円/月	61円/月	92円/月	273円/月	243円/月	212円/月
口腔・栄養スクリーニング加算	20単位/回	202円/回		21円/回	41円/回	61円/回	181円/回	161円/回	141円/回
科学的介護推進体制加算	40単位/月	405円/月		41円/月	81円/月	122円/月	364円/月	324円/月	283円/月

* 介護費は(介護費の単位)×(函南町:7級地 1単位=10.14円)×(利用日数)で小数点以下切捨てになります。

* 要支援1、要支援2の方は退院・退所時連携加算は対象外となります。

* 口腔・栄養スクリーニング加算は6ヶ月に1回の算定となります。

* 新型コロナウイルス感染症への特例的な評価として令和3年4月1日から令和3年9月30日までは上記金額とは別に基本報酬に0.1%を乗じた額が上乗せとなります。

2. その他の費用料金

項目	料金	項目	料金
おやつ	無料	タオル・ボディソープ・シャンプー・リンス・タオル・寝具類 (シーツ・布団類等)	無料(ご利用者様の好みにより持参可)
電気代(2ドアタイプの冷蔵庫持ち込み時)	1ヶ月3,000円	施設提供品(寝具)の汚染などによるクリーニング費用	実費

3. 選択による実費料金

項目	単位	費用	選択項目
日用品類(オムツ類・歯ブラシ・歯磨き粉・入歯洗浄剤等)		別紙料金表参照	可 否
作業レクリエーション(材料費・趣味工作費)	1回	実費	可 否
季節行事(遠足・外出等)・特別食	1回	実費	可 否
訪問診療医療費(三島中央病院もしくは三島共立病院)	毎月2回・都度	実費	可 否
訪問歯科医療費(れいこ歯科)	毎月2回・都度	実費	可 否
健康管理費等(インフルエンザ等予防注射)	1回	実費	可 否
衣類等のクリーニング費用(ご本人・ご家族の要望による)	都度	実費	可 否

※作業レクリエーション及び季節行事等の実費費用については、利用者・その家族等の選択により総参加者数で除算し回数を乗算する。

(例)(行事総費用1万円÷総参加人数30人)×参加回数(2回)=666円(小数点以下切り捨て)

※個別作品・特別食などに伴う費用等については、全額自己負担とする。(例)リーフ・クリスマスツリー等

同意書

株式会社 ル・グラン

年 月 日

上記の内容に同意いたします。

利用者氏名

印

身元引受人又は代理人氏名

印