

# グループホーム スマイル

## サービス利用料金表【1割負担】

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用単位数 (単位) A	22,830	22,950	24,030	24,720	25,230	25,770
サービス提供体制加算(Ⅰ)／日 (単位) B	660					
感染対策向上加算(Ⅰ)／月 (単位) C	10					
感染対策向上加算(Ⅱ)／月 (単位) D	5					
生産性向上推進加算(Ⅱ)／月 (単位) E	10					
科学的介護推進体制加算／月 (単位) F	40					
処遇改善加算(Ⅰ)(18.6%)／月 (単位) G	4,389	4,411	4,612	4,740	4,835	4,936
サービス利用料金合計 (ABCDEFGの合計×10.27) (円) ①	¥287,940	¥289,398	¥302,554	¥310,965	¥317,168	¥323,751
介護保険請求額(①×90%) (円) ②	¥258,655	¥259,968	¥271,808	¥279,369	¥284,961	¥290,886
利用者負担額(①-②) ③	¥28,740	¥28,886	¥30,201	¥31,041	¥31,663	¥32,321
家賃 ④	¥35,130					
水道光熱費 ⑤	¥12,000					
食材費 ⑥	¥38,940					
30日あたり(③~⑥の合計) (円)	¥114,810	¥114,956	¥116,271	¥117,111	¥117,733	¥118,391

③：介護職員等特定処遇加算は、合計単位数にそれぞれを乗じた数字になり、利用日数によって誤差があります。

④：利用者負担額は、総単位数×10.27（地域加算）の1割負担で計算しています。なお、実際の自己負担額は一か月ごとに国の定める計算方式により端数処理を行いますので、数円の誤差が生じる場合があります。

その他主な全額自己負担費用(対象者のみ)として個別電気利用料、理美容代、病院受診費用、薬局費用、歯科受診費用が発生いたします。

※ 上記利用料金+全額自己負担費用が毎月お支払いいただく利用料金となります。