

グループホームまつぎの宿 利用料金表

介護度	家 賃	食材費	光熱水費	介護保険自己負担(1割負担)								計
				認知症共同 生活介護	医療連携 体制加算(1)	サービス提供 体制強化加算 (1)	認知症専門 ケア加算Ⅰ	口腔衛生管理 体制加算	協力医療機 関連携加算	認知症対応型 科学的介護推 進体制加算	介護職員等 処遇改善加算 Ⅰ 18.6%	
要支 援 2	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	749×30日 22,470		22×30日 660	3×30日 90	30×1月 30	100×1月 100	40×1月 40	4,351	116,841
要介 護 1	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	753×30日 22,590	37×30日 1,110	22×30日 660	3×30日 90	30×1月 30	100×1月 100	40×1月 40	4,579	118,299
要介 護 2	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	788×30日 23,640	37×30日 1,110	22×30日 660	3×30日 90	30×1月 30	100×1月 100	40×1月 40	4,775	119,545
要介 護 3	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	812×30日 24,360	37×30日 1,110	22×30日 660	3×30日 90	30×1月 30	100×1月 100	40×1月 40	4,909	120,399
要介 護 4	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	828×30日 24,840	37×30日 1,110	22×30日 660	3×30日 90	30×1月 30	100×1月 100	40×1月 40	4,998	120,968
要介 護 5	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	845×30日 25,350	37×30日 1,110	22×30日 660	3×30日 90	30×1月 30	100×1月 100	40×1月 40	5,093	121,573

* 入居一時金は不要です。

* 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善の為の措置が事業所に活用されるよう推進する観点から
令和6年6月より「介護職員等処遇改善加算」に一本化されます。(18.6%)

* 食費は一日単位でご請求させていただきます。

* ベッド代は月に¥2,500請求させて頂いております。

※日用品(歯磨き粉・歯ブラシ・おむつ等)代金に関しては、別途「預り金」よりお支払い頂きます。

グループホームまつぎきの宿 利用料金表

介護度	家賃	食材費	光熱水費	介護保険自己負担(2割負担)								計
				認知症共同生活介護	医療連携体制加算(1)	サービス提供体制強化加算(1)	認知症専門ケア加算Ⅰ	口腔衛生管理体制加算	協力医療機関連携加算	認知症対応型科学的介護推進体制加算	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 18.6%	
要支援2	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	1498×30日 44,940		44×30日 1,320	6×30日 180	60×1月 60	200×1月 200	80×1月 80	8,701	144,581
要介護1	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	1506×30日 45,180	74×30日 2,220	44×30日 1,320	6×30日 180	60×1月 60	200×1月 200	80×1月 80	9,159	147,499
要介護2	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	1576×30日 47,280	74×30日 2,220	44×30日 1,320	6×30日 180	60×1月 60	200×1月 200	80×1月 80	9,549	149,989
要介護3	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	1624×30日 48,720	74×30日 2,220	44×30日 1,320	6×30日 180	60×1月 60	200×1月 200	80×1月 80	9,817	151,697
要介護4	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	1656×30日 49,680	74×30日 2,220	44×30日 1,320	6×30日 180	60×1月 60	200×1月 200	80×1月 80	9,996	152,836
要介護5	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	1690×30日 50,700	74×30日 2,220	44×30日 1,320	6×30日 180	60×1月 60	200×1月 200	80×1月 80	10,185	154,045

* 入居一時金は不要です。

* 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善の為の措置が事業所に活用されるよう推進する観点から令和6年6月より「介護職員等処遇改善加算」に一本化されます。(18.6%)

* 食費は一日単位でご請求させていただきます。

* ベッド代は月に¥2,500請求させて頂いております。

※日用品(歯磨き粉・歯ブラシ・おむつ等)代金に関しては、別途「預り金」よりお支払い頂きます。

グループホームまつぎきの宿 利用料金表

介護度	家賃	食材費	光熱水費	介護保険自己負担 (3割負担)								計
				認知症共同生活介護	医療連携体制加算(1)	サービス提供体制強化加算(1)	認知症専門ケア加算Ⅰ	口腔衛生管理体制加算	協力医療機関連携加算	認知症対応型科学的介護推進体制加算	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 18.6%	
要支援2	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	2247×30日 67,410		66 × 30日 1,980	9× 30日 270	90×1月 90	300×1月 300	120×1月 120	13,052	172,322
要介護1	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	2259×30日 67,770	111 × 30日 3,330	66 × 30日 1,980	9× 30日 270	90×1月 90	300×1月 300	120×1月 120	13,738	176,698
要介護2	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	2364×30日 70,920	111 × 30日 3,330	66 × 30日 1,980	9× 30日 270	90×1月 90	300×1月 300	120×1月 120	14,324	180,434
要介護3	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	2436×30日 73,080	111 × 30日 3,330	66 × 30日 1,980	9× 30日 270	90×1月 90	300×1月 300	120×1月 120	14,726	182,996
要介護4	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	2484×30日 74,520	111 × 30日 3,330	66 × 30日 1,980	9× 30日 270	90×1月 90	300×1月 300	120×1月 120	14,993	184,703
要介護5	1,100×30日 33,000	1,290×30日 38,700	580×30日 17,400	25350×30日 76,050	111 × 30日 3,330	66 × 30日 1,980	9× 30日 270	90×1月 90	300×1月 300	120×1月 120	15,278	186,518

* 入居一時金は不要です。

* 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善の為の措置が事業所に活用されるよう推進する観点から令和6年6月より「介護職員等処遇改善加算」に一本化されます。(18.6%)

* 食費は一日単位でご請求させていただきます。

* ベッド代は月に¥2,500請求させて頂いております。

※日用品(歯磨き粉・歯ブラシ・おむつ等)代金に関しては、別途「預り金」よりお支払い頂きます。