

グループホームなのはな 料金表

令和7年1月1日

1 基本料金

(1) 介護保険サービス利用料

負担割合	要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	日額	月額										
1割負担	749	22,470	753	22,590	788	23,640	812	24,360	828	24,840	845	25,350
2割負担	1,498	44,940	1,506	45,180	1,576	47,280	1,624	48,720	1,656	49,680	1,690	50,700
3割負担	2,247	67,410	2,259	67,770	2,364	70,920	2,436	73,080	2,484	74,520	2,535	76,050

※ 負担割合につきましては、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載されています。

※ 月額につきましては30日で試算しています。（以下同様）

(2) 介護保険サービスの加算

項目	1割負担		2割負担		3割負担	
	日額	月額	日額	月額	日額	月額
医療連携体制加算Ⅰ(ハ)（要支援を除く）	37	1,110	74	2,220	111	3,330
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	180	12	360	18	540
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	(介護保険利用料+加算項目) × 17.8%					

* 介護職員等処遇改善加算Ⅱにつきましては月単位となっております。

(3) その他の特別加算

項目	負担額	
	日額	月額
初期加算（限度30日）	30	900
若年性認知症利用者受入加算	120	3,600

2 介護保険サービス外費用

項目	料 金 (月額)	備 考
食 費 (おやつ含む)	30,000	1日 1,000円（朝食：200円 昼・夕食：400円）実食分で計算
家 賃	26,000	入院時・外泊時は全額請求 月途中の入退居は日割計算
光 熱 費	10,000	入院時・外泊時・月途中の入退居は日割計算
共 益 費	8,000	入院時・外泊時・月途中の入退居は日割計算

※ 日割り計算の際に1円未満の端数が生じた場合は切り捨てます。

※ 理美容代、紙おむつ代は必要に応じて実費を頂きます。

※ 歯ブラシ、シャンプー等の日用品については必要最小限のものを用意しておりますが、

利用者様又はそのご家族様のご希望により、利用される物品につきましては実費を頂きます。

※ その他、利用者様又はそのご家族様のご希望により必要となる費用につきましては実費を頂きます。

※ 介護保険サービス外費用は、当施設の実費費用の見直し等により変更となることがあります。

3 利用料（基本料金+介護保険サービス外費用）

30日分で試算していますのでご参考にしてください。

ひと月あたりの利用料金	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	101,989	102,131	103,368	104,216	104,781	105,382
2割負担	129,979	130,261	132,735	134,431	135,562	136,764
3割負担	157,968	158,392	162,103	164,647	166,343	168,146

※ その他の特別加算を算定する場合は料金が変動します。