

認知症対応型「グループホームめいほく」利用料金表

【介護度別利用表】

2022/4現在（予定）

介護区分	保険単位数	1割負担		自費利用料				合計金額
		日額	月額	家賃	食費	水道光熱費	管理費	
要支援2	748単位	¥798	¥23,940	¥60,000	¥36,000	¥16,000	¥9,000	¥144,940
要介護1	752単位	¥803	¥24,090	¥60,000	¥36,000	¥16,000	¥9,000	¥145,090
要介護2	787単位	¥840	¥25,200	¥60,000	¥36,000	¥16,000	¥9,000	¥146,200
要介護3	811単位	¥866	¥25,980	¥60,000	¥36,000	¥16,000	¥9,000	¥146,980
要介護4	827単位	¥883	¥26,490	¥60,000	¥36,000	¥16,000	¥9,000	¥147,490
要介護5	844単位	¥901	¥27,030	¥60,000	¥36,000	¥16,000	¥9,000	¥148,030

★上記合計額の他にもむつ、理美容、嗜好品代が別途必要です。

★介護保険一割負担の他に加算分（加算内容によって変動）が1か月に1000～4000円程度必要です。

★所得により負担割合が変わります。下記参照

【介護保険自己負担額】

介護区分	保険単位数	1割負担		2割負担		3割負担	
		日額	月額	日額	月額	日額	月額
要支援2	748単位	¥798	¥23,940	¥1,596	¥47,880	¥2,394	¥71,820
要介護1	752単位	¥803	¥24,090	¥1,606	¥48,180	¥2,409	¥72,270
要介護2	787単位	¥840	¥25,200	¥1,680	¥50,400	¥2,520	¥75,600
要介護3	811単位	¥866	¥25,980	¥1,732	¥51,960	¥2,598	¥77,940
要介護4	827単位	¥883	¥26,490	¥1,766	¥52,980	¥2,649	¥79,470
要介護5	844単位	¥901	¥27,030	¥1,802	¥54,060	¥2,703	¥81,090

月30日計算

介護保険給付以外の利用料（実費）

	介護保険被保険者	低所得者	生活保護受給者
家賃	60,000円	36,000円	36,000円
食費	36,000円	36,000円	36,000円
月額（30日）	朝食300円、昼食500円、夕食400円（合計1,200円）		
水道光熱費	16,000円	16,000円	16,000円
管理費	9,000円	3,000円	0円
その他	オムツ、理美容、嗜好品		
合計	121,000円	91,000円	88,000円



グループホームめいほく(仮)入所申込書

グループホームめいほくを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所者 氏名			申込日 年 月 日		
(フリガナ)		性 別	要介護度 要支援2 要介護1・2・3・4・5		
氏 名		男・女			
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 (歳)				
現 住 所	〒 -				

◎ 登録者の現在の状況					
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている				
	◇施設名又は病院名:		◆所在地(市町名のみ):		
	◇入所又は入院時期 : 平成 年 月から 入所・入院している。				
入所を希望する理由 <small>(該当するものすべてを選んで下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため				
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため				
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため。				
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため				
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため				
認知症の主な症状	<input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 記憶障害(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為				
歩 行	可 要介助 不可 車椅子使用 杖歩行				
排 泄	トイレ (自力可 要介助 オムツ)				
食 事	自己摂取可 一部介助 全介助				
介護抵抗	あり なし				
主治医	()病院・医院		ケアマネ・事業所名		

主たる介護者 ※3月になりましたら下記に連絡をいれさせていただきます					
(フリガナ)		入所申込者との関係			
氏 名		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		
住 所	〒 -				
電話番号	自宅 ()		携帯番号 ()		
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所 :)				
意 見	【介護をしているうえで困っていること等】				