

スマイルグループホーム料金表

下記の料金表に従い、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険負担割合証による1割または2割または3割負担）と入居費等に係わる金額（ご入居者全額負担）の合計金額をお支払いいただきます。（サービスのご利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）

◆サービスご利用料金（1日あたり）

実際の料金計算時（月ごと）には、1円単位の誤差が生じる場合があります。

要介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
要介護度別のサービスご利用料金	7,610 円	7,650 円	8,010 円	8,240 円	8,410 円	8,590 円
サービスのご利用に係る自己負担金（1割負担の方）	761 円	765 円	801 円	824 円	841 円	859 円
サービスのご利用に係る自己負担金（2割負担の方）	1,522 円	1,530 円	1,602 円	1,648 円	1,682 円	1,718 円
サービスのご利用に係る自己負担金（3割負担の方）	2,283 円	2,295 円	2,403 円	2,472 円	2,523 円	2,577 円

	認知症対応型 初期加算 ・入居日から30日間の加算	医療連携体 制加算Ⅰ（ハ） ・要介護以上の方	夜間支援体制 加算Ⅰ	サービス提 供体制強化 加算Ⅰ	口腔衛生管理 体制加算 （1月あたり）
要介護度別のサービスご利用料金	300 円	370 円	500 円	220 円	300 円
サービスのご利用に係る自己負担金（1割負担の方）	30 円	37 円	50 円	22 円	30 円
サービスのご利用に係る自己負担金（2割負担の方）	60 円	74 円	100 円	44 円	60 円
サービスのご利用に係る自己負担金（3割負担の方）	90 円	111 円	150 円	66 円	90 円

介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	22.8%（注1）
---------------	-----------

（注1）区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

◆ご入居に係わる1か月の料金（ご入居者全額負担）

項 目	金 額	内容の説明
居室料	60,000 円／月	日額計算の適用は中途入退居の場合のみとし、ホーム在住の外泊や入院等による不在の場合は適用しません。
	2,000 円／日	
食材料費	49,050 円／月	朝昼夕食、おやつ代。 外食や出前等による減額はいたしません。 （内訳 朝365 円、昼夜各585 円、おやつ100 円）
	1,635 円／日	
管理費	34,950 円／月	ホームの保守等の維持管理、水道、光熱費等。
	1,165 円／日	
合 計	144,000 円／月	

◆その他

理美容代	実費	ご入居の方のご希望で提供した場合。
おむつ代	実費	ご入居の方のご希望で提供した場合。 （持参の場合は無料）
その他諸費用	実費	- 日常生活において通常必要となるものにかかる費用で、ご入居者の方が負担されることが適当と認められるものの実費については、徴収させていただきます。（電気製品持込料 1品目 40 円／日） - 退去時に居室の修繕が必要な場合は、修繕にかかる費用を請求させていただきます。