

共同生活援助 あいホーム石岡 利用料金表

(1) 利用料金表

	利用料金				体験利用料金 (日割計算)	
サービス 利用料	(2) 参照				(3) 参照	
居室 利用料 (月額)	本館・新館	旭台		南台	日額 ¥1,000 (本館洋室)	
	¥30,000 (本館洋室) ¥32,000 (本館和室・大洋室) ¥34,000 (新館)	1階	2・3階	¥32,000 (洋室) ¥34,000 (洋室トイレ付)	¥1,067 (本館和室・大洋室・ 旭台2階・301・302、 南台洋室)	
		¥34,000	¥32,000 (301,302)		¥34,000 (303,304)	¥1,134 (新館・ 旭台1階・303・304・ 南台トイレ付)
			¥34,000		※2階3階は 自費	日額 ¥600 ※旭台2階3階は実費
水道 光熱費	月額 ¥18,000	月額 ¥18,000	※2階3階は 自費	月額 ¥18,000	日額 ¥600 ※旭台2階3階は実費	
食材料費	朝食 ¥400 昼食 ¥500 夕食 ¥600				朝食 ¥400 昼食 ¥500 夕食 ¥600	
日用品費	月額 ¥4,000	月額 ¥4,000	※2階3階は 自費	月額 ¥4,000	日額 ¥133 ※旭台2階3階は実費	
電気製品 持込等 (旭台2階3 階以外)	テレビ月額 ¥330 パソコン月額 ¥330 その他 ¥330				テレビ日額 ¥11 パソコン日額 ¥11 その他 ¥11	
インターネット 利用料	月額 ¥330				日額 ¥11	
駐車料金	月額 ¥2,000				日額 ¥67	

- ※ 月の途中で入居・退居された場合には、体験利用料金における日割計算になります。
- ※ サービス利用料について、保険非適用の場合は1日あたり5,000円となります。
- ※ 食事の中止の申告は3日前迄にお願い致します。
- ※ 駐車場は限りがありますので、ご希望の方は事前にご相談ください。
- ※ レクリエーションの特別食や外食は実費での提供になります。

(2) サービス利用料

サービス 受給者証区分	基本報酬 単位/日	人員配置体制加算 (Ⅰ) 単位/日	処遇改善加算Ⅱ	単位数 単価	1ヶ月(30日算定) あたりの自己負担の目安 (1割負担の場合)
区分1以下	171 単位	77 単位	総単位数の 14.4%	10.8 円 (5 級地)	9,192 円
区分2	188 単位				9,823 円
区分3	297 単位				13,863 円
区分4	372 単位	83 単位			16,866 円
区分5	456 単位				19,978 円
区分6	600 単位				25,317 円

<その他の加算等>

- 夜間支援体制加算Ⅲ：10 単位/日。
- 福祉専門職員配置等加算 (Ⅲ)：4 単位/日。
- 自立生活支援加算 (Ⅰ)：退居に向けた支援を行った場合対象。6 月間に限り、1,000 単位/月を加算。

- 居住支援連携体制加算：居住支援法人等と連携し、居住支援にかかわる情報共有が対象。自立生活支援加算（Ⅰ）に加えて 35 単位／月を加算。
 - 退居後共同生活援助サービス費：自立生活支援加算（Ⅰ）を算定した者が退居した際の支援が対象。退居日の属する月から 3 月間、2,000 単位／月を算定。
- ※ 自己負担割合はサービス受給者証の記載によります。
 ※ その他サービスの利用状況によりサービス加算が発生します。

(2) 体験利用時サービス利用料（日中を当共同生活住居以外で過ごす場合）

サービス受給者証区分	基本報酬 単位／日	人員配置体制加算 (Ⅰ) 単位／日	処遇改善加算Ⅱ	単位数 単価	1日あたりの 自己負担の目安 (1割負担の場合)
区分1以下	389 単位	77 単位	総単位数の 14.4%	10.8 円 (5級地)	576 円
区分2	408 単位				600 円
区分3	546 単位				770 円
区分4	695 単位	83 単位			962 円
区分5	787 単位				1,075 円
区分6	929 単位				1,251 円

(4) 病院送迎費

送迎対象の範囲	送迎料金（1回片道）
石岡市内	1,500 円
その他県内の市町村	2,000 円

- ※ 病院送迎サービスは、ご家族が対応出来ない場合にご利用頂けます。
 ※ その他の送迎サービスについては、別途ご相談ください。



あいホーム石岡
 石岡市東光台 2-8-3
 TEL:0299-26-7003
 FAX:0299-28-0122
 担当：野崎

確認書

社会福祉法人桐孝会

あいホーム石岡管理者 殿

私は、あいホーム石岡の料金が上記の通りとなることを確認しました。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者様氏名： _____ 印

利用者様住所： _____

ご家族（代理人）様氏名： _____ 印

ご家族（代理人）様住所： _____