

医療支援型グループホーム博愛料金表（障害福祉サービス報酬に係る自己負担分は除く）

内 容	料 金
家 賃	月額 45,000円 ※利用契約期間中は、入院等で長期間利用しない期間であっても、全額費用負担をお願いします。 ※月の初日以外の日にサービス利用を開始した場合、あるいは月の末日以外の日に利用を終了した場合は、該当月の暦日数を基礎として、利用日数の割合で計算した額を負担していただきます。
光熱水費	実費相当額 ※居室ごとの電気使用量に応じた電気料金 ※利用人数により按分した水道料金
食材料費	朝食 1食につき 240円 昼食 1食につき 330円 夕食 1食につき 310円 朝食（ハーフ） 1食につき 130円 昼食（ハーフ） 1食につき 200円 夕食（ハーフ） 1食につき 190円 パン食（朝食） 1食につき 260円 パン食ハーフ（朝食） 1食につき 170円 牛乳・ヨーグルト 1食につき 実費相当額
エアマットレス使用料	月額 1,000円～4,500円 ※利用するマットレスの種類により金額が異なります。 ※使用期間が1月未満の場合は実費相当額（レンタル料）とします。 ※エアマットレスを持参される場合は、使用料は発生しません。
防水シート使用料	1枚につき 150円
預かり金管理料	月額 500円
日用品費	実費相当額
その他日常生活及び医療的な処置を施す上において必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの	実費相当額

※ 体験利用の場合は、次のとおりとします。

① 家賃

上記家賃の額を負担していただきます。ただし、体験利用中に入院した場合、その期間は利用日数から除きます。

② 光熱水費

1日330円を負担していただきます。ただし、継続して長期間利用する場合は、上記光熱水費と同様、利用実績に応じた金額を負担していただきます。

③ その他

家賃及び光熱水費以外の費用については、体験利用の場合も同様に負担していただきます。また、事業所において寝具類を提供した場合は、ショートステイ博愛利用時と同等の金額を負担していただきます。

※ 上記金額(体験利用の場合も含む)については、当月分を翌月末日までにお支払いください。

※ 食事をキャンセルされる場合は、下記期限までに申し出てください。期限までに申し出がない場合はキャンセル料を負担していただきます。

キャンセル料 (食材料費)	届出期限		金額
	朝食	当日 6:30 まで	上記食材料費と同額
昼食	当日 11:00 まで		
夕食	当日 16:30 まで		
牛乳等	上記期限まで		

利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

利用者負担額 その他の費用 の支払い方法 について	<p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月10日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)現金支払い (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)事業者指定口座への振り込み</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>
------------------------------------	--