

地域密着型サービス 料金表作成例

令和6年6月版



横浜市 介護事業指導課

(別添) プラチナ倶楽部 グループホーム港南台 認知症対応型共同生活介護 料金表

令和6年10月1日以降版

1 介護報酬に係る費用

2級地 10.72 円

※本事業所は、算定項目に□のある項目について該当した場合に料金が発生します。

| 算定項目 | 認知症対応型共同生活介護費 (1日につき) | 単位数 | 利用者負担額 (1割) | 利用者負担額 (2割) | 利用者負担額 (3割) | |
|------|---|-------|-------------|-------------|-------------|---|
| | イ 認知症対応型共同生活介護費 | | | | | |
| | (1) 認知症対応型共同生活介護費 (I) | | | | | (1ユニット) ※利用者負担額は月額(30日)で算出 【計算方法】 単位数×30日×10.72(地域単価) =月額報酬額 月額報酬額-(月額報酬額×負担割合※4) =利用者負担額 |
| □ | (一) 要介護1 | 765 | 24,603 | 49,205 | 73,808 | |
| | (二) 要介護2 | 801 | 25,761 | 51,521 | 77,281 | |
| | (三) 要介護3 | 824 | 26,500 | 53,000 | 79,500 | |
| | (四) 要介護4 | 841 | 27,047 | 54,093 | 81,140 | |
| | (五) 要介護5 | 859 | 27,626 | 55,251 | 82,877 | |
| | (2) 認知症対応型共同生活介護費 (II) ※5 | | | | | (2ユニット以上) ※利用者負担額は月額(30日)で算出 【計算方法】 単位数×30日×10.72(地域単価) =月額報酬額 月額報酬額-(月額報酬額×負担割合※4) =利用者負担額 |
| ■ | (一) 要介護1 | 753 | 24,217 | 48,433 | 72,650 | |
| | (二) 要介護2 | 788 | 25,342 | 50,684 | 76,026 | |
| | (三) 要介護3 | 812 | 26,114 | 52,228 | 78,342 | |
| | (四) 要介護4 | 828 | 26,629 | 53,257 | 79,886 | |
| | (五) 要介護5 | 845 | 27,176 | 54,351 | 81,526 | |
| | ロ 短期利用認知症対応型共同生活介護費 | | | | | |
| | (1) 短期利用認知症対応型共同生活介護費 (I) | | | | | (1ユニット) |
| □ | (一) 要介護1 | 793 | 850 | 1,700 | 2,550 | |
| | (二) 要介護2 | 829 | 889 | 1,778 | 2,666 | |
| | (三) 要介護3 | 854 | 916 | 1,831 | 2,747 | |
| | (四) 要介護4 | 870 | 933 | 1,866 | 2,798 | |
| | (五) 要介護5 | 887 | 951 | 1,902 | 2,853 | |
| | (2) 短期利用認知症対応型共同生活介護費 (II) ※5 | | | | | (2ユニット以上) |
| □ | (一) 要介護1 | 781 | 838 | 1,675 | 2,512 | |
| | (二) 要介護2 | 817 | 876 | 1,752 | 2,628 | |
| | (三) 要介護3 | 841 | 902 | 1,803 | 2,705 | |
| | (四) 要介護4 | 858 | 920 | 1,840 | 2,760 | |
| | (五) 要介護5 | 874 | 937 | 1,874 | 2,811 | |
| | 加算項目 | | | | | |
| | 注6 夜間支援体制加算 | | | | | 1日につき |
| □ | (1) 夜間支援体制加算 (I) | 50 | 54 | 108 | 161 | |
| □ | (2) 夜間支援体制加算 (II) | 25 | 27 | 54 | 81 | |
| □ | 注7 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 | 215 | 429 | 644 | 入居日から起算して7日を限度として1日につき (ロを算定する場合のみ) |
| □ | 注8 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 129 | 258 | 386 | 1日につき |
| ■ | 注9 入院時費用 | 246 | 264 | 528 | 792 | 1日につき(1月に6日を限度) |
| ■ | 注10 看取り介護加算 | | | | | 1日につき(イを算定する場合のみ) |
| | 死亡日以前31日以上45日以下 | 72 | 78 | 155 | 232 | |
| | 死亡日以前4日以上30日以下 | 144 | 155 | 309 | 463 | |
| | 死亡日の前日及び前々日 | 680 | 729 | 1,458 | 2,187 | |
| | 死亡日 | 1,280 | 1,373 | 2,745 | 4,117 | |
| ■ | ハ 初期加算 | 30 | 33 | 65 | 97 | 1日につき(イを算定する場合のみ) |
| | ニ 協力医療機関連携加算 | | | | | |
| ■ | (1) 協力医療機関が、指定地域密着型サービス 基準第105条第2項第1号及び第2号に規定する 要件を満たしている場合 | 100 | 108 | 215 | 322 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| □ | (2) (1) 以外の場合 | 40 | 43 | 86 | 129 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| | ホ 医療連携体制加算 | | | | | 1日につき |
| □ | (1) 医療連携体制加算 (I) イ | 57 | 62 | 123 | 184 | |
| □ | (2) 医療連携体制加算 (I) ロ | 47 | 51 | 101 | 151 | |
| ■ | (3) 医療連携体制加算 (I) ハ | 37 | 40 | 80 | 119 | |
| ■ | (4) 医療連携体制加算 (II) | 5 | 6 | 11 | 16 | |
| □ | ヘ 退居時情報提供加算 | 250 | 268 | 536 | 804 | 1回につき(イを算定する場合のみ。1人につき1回が限度) |
| □ | ト 退居時相談援助加算 | 400 | 429 | 858 | 1,287 | 1回につき(イを算定する場合のみ。1人につき1回が限度) |
| | チ 認知症専門ケア加算 | | | | | 1日につき |
| ■ | (1) 認知症専門ケア加算 (I) | 3 | 4 | 7 | 10 | |
| □ | (2) 認知症専門ケア加算 (II) | 4 | 5 | 9 | 13 | |
| | リ 認知症チームケア推進加算 | | | | | |
| □ | (1) 認知症チームケア推進加算(I) | 150 | 161 | 322 | 483 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| □ | (2) 認知症チームケア推進加算(II) | 120 | 129 | 258 | 386 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| | ヌ 生活機能向上連携加算 | | | | | |
| □ | (1) 生活機能向上加算 (I) | 100 | 108 | 215 | 322 | 初回月のみ |
| □ | (2) 生活機能向上加算 (II) | 200 | 215 | 429 | 644 | 1月につき(3か月が限度) |
| □ | ル 栄養管理体制加算 | 30 | 33 | 65 | 97 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| ■ | ヲ 口腔衛生管理体制加算 | 30 | 33 | 65 | 97 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| □ | ワ 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20 | 22 | 43 | 65 | 1回につき(イを算定する場合のみ) |
| ■ | カ 科学的介護推進体制加算 | 40 | 43 | 86 | 129 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----------------|
| | ヨ 高齢者施設等感染対策向上加算 | | | | | 1月につき |
| <input type="checkbox"/> | (1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 10 | 11 | 22 | 33 | |
| <input type="checkbox"/> | (2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 5 | 6 | 11 | 16 | |
| <input type="checkbox"/> | タ 新興感染症等施設療養費(1日につき) | 240 | 258 | 515 | 772 | 1月に1回、連続する5日が限度 |
| | レ 生産性向上推進体制加算 | | | | | 1月につき |
| <input type="checkbox"/> | (1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100 | 108 | 215 | 322 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10 | 11 | 22 | 33 | |
| | ソ サービス提供体制強化加算 | | | | | 1日につき |
| <input type="checkbox"/> | (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22 | 24 | 47 | 71 | |
| <input type="checkbox"/> | (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 | 20 | 39 | 58 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6 | 7 | 13 | 20 | |

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| | 介護職員等処遇改善加算(1月につき) | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | (介護報酬総単位数※1×18.6%)※2×10.72 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | (介護報酬総単位数※1×17.8%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | (介護報酬総単位数※1×15.5%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | (介護報酬総単位数※1×12.5%)※2×10.72 |

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

※5 3ユニットの場合であって、3ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和する場合は**50単位を減算**。

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合※4(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

2 その他の費用

| 項目 | 金額 | 説明 |
|----------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1 食材料費 | 朝:200円 昼:700円(含おやつ) 夕:900円 | 1食につき(1月(30日)につき54,000円) |
| 2 理美容代 | 実費 | |
| 3 おむつ代 | おむつ150円 パット50円 | |
| 4 教養娯楽費 | 実費 | |
| 5 家賃 | 84,000円 | 1月につき |
| 6 光熱水費 | 24,000円 | 1月につき |
| 7 管理費 | 17,000円 | 1月につき |
| 8 敷金 | 350,000円 | 退居時に返金します。(居室の原状回復費用を除く。) |
| 9 宿泊費(短期利用時) | 2,800円 | 1日につき |
| 10 光熱水費(短期利用時) | 800円 | 1日につき |
| 11 管理費(短期利用時) | 600円 | 1日につき |

(別添) プラチナ倶楽部 グループホーム港南台 介護予防認知症対応型共同生活介護 料金表

令和6年10月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.72円

※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。

| 算定項目 | 介護予防認知症対応型共同生活介護費(1日につき) | 単位数 | 利用者負担額(1割) | 利用者負担額(2割) | 利用者負担額(3割) | |
|------|--------------------------------|-----|------------|------------|------------|--|
| | イ 介護予防認知症対応型共同生活介護費 | | | | | イ 利用者負担額は月額(30日)で算出 |
| ☐ | (1) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ) | 761 | 24,474 | 48,948 | 73,422 | 【計算方法】 単位数×30日×10.72(地域単価) =月額報酬額 月額報酬額-(月額報酬額×負担割合※4) =利用者負担額 |
| ■ | (2) 介護予防認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)※5 | 749 | 24,088 | 48,176 | 72,264 | |
| | ロ 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費 | | | | | |
| ☐ | (1) 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ) | 789 | 846 | 1,692 | 2,538 | 1日につき |
| ■ | (2) 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)※5 | 777 | 833 | 1,666 | 2,499 | 1日につき |
| | 加算項目 | | | | | |
| | 注6 夜間支援体制加算 | | | | | 1日につき |
| ☐ | (1) 夜間支援体制加算(Ⅰ) | 50 | 54 | 108 | 161 | |
| ☐ | (2) 夜間支援体制加算(Ⅱ) | 25 | 27 | 54 | 81 | |
| ■ | 注7 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 | 215 | 429 | 644 | 入居日から起算して7日を限度として1日につき(ロを算定する場合のみ) |
| ■ | 注8 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 129 | 258 | 386 | 1日につき |
| ■ | 注9 入院時費用 | 246 | 264 | 528 | 792 | 1日につき(1月に6日を限度) |
| ■ | ハ 初期加算 | 30 | 33 | 65 | 97 | 1日につき(イを算定する場合のみ) |
| ☐ | ニ 退居時情報提供加算 | 250 | 268 | 536 | 804 | 1回につき(イを算定する場合のみ、1人につき1回が限度) |
| ☐ | ホ 退居時相談援助加算 | 400 | 429 | 858 | 1,287 | 1回につき(1人につき1回が限度) |
| | ヘ 認知症専門ケア加算 | | | | | 1日につき(認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定しない) |
| ■ | (1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3 | 4 | 7 | 10 | |
| ☐ | (2) 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4 | 5 | 9 | 13 | |
| | ト 認知症チームケア推進加算 | | | | | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| ☐ | (1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 150 | 161 | 322 | 483 | |
| ☐ | (2) 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 120 | 129 | 258 | 386 | |
| | チ 生活機能向上連携加算 | | | | | |
| ☐ | (1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100 | 108 | 215 | 322 | 初回月のみ |
| ☐ | (2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200 | 215 | 429 | 644 | 1月につき(3か月が限度) |
| ☐ | リ 栄養管理体制加算 | 30 | 33 | 65 | 97 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| ■ | ヌ 口腔衛生管理体制加算 | 30 | 33 | 65 | 97 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| ☐ | ル 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20 | 22 | 43 | 65 | 1回につき(イを算定する場合のみ) |
| ■ | ヲ 科学的介護推進体制加算 | 40 | 43 | 86 | 129 | 1月につき(イを算定する場合のみ) |
| | ワ 高齢者施設等感染対策向上加算 | | | | | 1月につき |
| ☐ | (1) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 10 | 11 | 22 | 33 | |
| ☐ | (2) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 5 | 6 | 11 | 16 | |
| ☐ | カ 新興感染症等施設療養費(1日につき) | 240 | 258 | 515 | 772 | 1月に1回、連続する5日が限度 |
| | ヨ 生産性向上推進体制加算 | | | | | 1月につき |
| ☐ | (1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100 | 108 | 215 | 322 | |
| ☐ | (2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10 | 11 | 22 | 33 | |
| | タ サービス提供体制強化加算 | | | | | 1日につき |
| ☐ | (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22 | 24 | 47 | 71 | |
| ☐ | (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 | 20 | 39 | 58 | |
| ☐ | (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6 | 7 | 13 | 20 | |

| | | | | | |
|---|--------------------|--|----------------------------|--|--|
| | 介護職員等処遇改善加算(1月につき) | | | | |
| ☐ | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | | (介護報酬総単位数※1×18.6%)※2×10.72 | | |
| ■ | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | | (介護報酬総単位数※1×17.8%)※2×10.72 | | |
| ☐ | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | | (介護報酬総単位数※1×15.5%)※2×10.72 | | |
| ☐ | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | | (介護報酬総単位数※1×12.5%)※2×10.72 | | |

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

※5 3ユニットの場合であって、3ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をしっかりと実施しているに 例外的に夜勤2人以上の配置に緩和を認める場合(50単位未満)

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合※4(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

2 その他の費用

| 項 目 | | 金額 | 説明 |
|-----|-------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1 | 食材料費 | 朝：200円 昼：700円(含おやつ) 夕：900円 | 1食につき（1月(30日)につき54,000円) |
| 2 | 理美容代 | 実費 | |
| 3 | おむつ代 | おむつ150円 バット50円 | |
| 4 | 教養娯楽費 | 実費 | |
| 5 | 家賃 | 84,000円 | 1月につき |
| 6 | 光熱水費 | 24,000円 | 1月につき |
| 7 | 管理費 | 17,000円 | 1月につき |
| 8 | 敷金 | 350,000円 | 退居時に返金します。（居室の原状回復費用を除く。） |
| 9 | 宿泊費（短期利用時） | 2,800円 | 1日につき |
| 10 | 光熱水費（短期利用時） | 800円 | 1日につき |
| 11 | 管理費（短期利用時） | 600円 | 1日につき |

「令和6年6月度介護報酬改定に伴う自己負担金額一覧表」

※今回は処遇改善加算の加算率のみが以下の通り変更となります。

4月にお送りした基本報酬等の改定につきましては変更ありませんのでご承知おきください。

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.72 円 従前の介護報酬

| | | |
|-------------------------------------|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(1月につき) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | (介護報酬総単位数 ^{※1} ×11.1%) ^{※2} ×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | (介護報酬総単位数 ^{※1} ×8.1%) ^{※2} ×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | (介護報酬総単位数 ^{※1} ×4.5%) ^{※2} ×10.72 |

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等特定処遇改善加算(1月につき) | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | (介護報酬総単位数 ^{※1} (介護職員処遇改善加算を除く)×3.1%) ^{※2} ×10.72 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | (介護報酬総単位数 ^{※1} (介護職員処遇改善加算を除く)×2.3%) ^{※2} ×10.72 |

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等ベースアップ等支援加算(1月につき) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (介護報酬総単位数 ^{※1} (介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を除く)×2.3%) ^{※2} ×10.72 |

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

※5 3ユニットの場合であって、3ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアル【利用者負担算出方法】)

地域単価×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合※4(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。



令和6年6月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.72 円 ※黄色部分が改定、もしくは新設の加算です。

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(1月につき) | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | (介護報酬総単位数※1×18.6%)※2×10.72 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | (介護報酬総単位数※1×17.8%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | (介護報酬総単位数※1×15.5%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | (介護報酬総単位数※1×12.5%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(1) | (介護報酬総単位数※1×16.3%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(2) | (介護報酬総単位数※1×15.6%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(3) | (介護報酬総単位数※1×15.5%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(4) | (介護報酬総単位数※1×14.8%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(5) | (介護報酬総単位数※1×13.3%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(6) | (介護報酬総単位数※1×12.5%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(7) | (介護報酬総単位数※1×12.0%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(8) | (介護報酬総単位数※1×13.2%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(9) | (介護報酬総単位数※1×11.2%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(10) | (介護報酬総単位数※1×9.7%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(11) | (介護報酬総単位数※1×10.2%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(12) | (介護報酬総単位数※1×8.9%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(13) | (介護報酬総単位数※1×8.9%)※2×10.72 |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算(V)(14) | (介護報酬総単位数※1×6.6%)※2×10.72 |

説明日 令和6年6月10日

説明者 管理者 小野 大助 印

「令和6年6月度介護報酬改定に伴う自己負担金額一覧表」についてプラチナ倶楽部 グループホーム港南台より内容に関し説明・交付を受け、料金改定に同意いたします。

住所 _____

利用者氏名 _____ 印

住所 _____

ご家族氏名 _____ 印