

社会福祉法人 青樹会  
 共同生活援助施設 千波ハピネス 利用料金表  
 生活介護施設 千波ハピネス 利用料金表

1 自立支援給付費対象外サービス利用料金（原則利用者負担）

項 目		利用者負担額	備 考
家 賃(GH)		25,000～40,000/月 (15,000～30,000)円/月	部屋の大きさによって5,000円刻みで4パターン。補助が上限1万円です。体験時は月当たりの家賃を30で割った額を日数分請求させていただきます。
食費 (GH)		20,000 円/月	GH 食費(平日朝・夕、休日3食) 体験時は1日あたり667円を請求させていただきます。
特別食		実費	施設が用意した食事以外の物
食費（食事提供体制加算対象者）（生活介護）		350 円/食	障害福祉サービス受給者証による生活介護昼食代
食事（食事提供体制加算対象外）（生活介護）		650 円/食	
光 熱 水 費(GH)		12,000 円/月	体験時は1日あたり400円を請求させていただきます。
通 院 ・ 治 療 送 迎(GH)	協力病院	無料	
	以 外	500 円/往復	往復5km超は、1km毎に100円加算
通院・治療送迎の付添(GH)	協力病院	無料	
	以 外	1,000 円/時	1時間超える毎に500円加算
外出・外泊時等の送迎(GH)	送 迎	500 円/往復	往復5km超は、1km毎に100円加算
	付 添	1,000 円/時	1時間超える毎に500円加算
日常生活用品費		実費	
日常生活用品の買物代行(GH)		100 円/1km	片道ごとに加算
レクリエーション等に要する費用		実費	
貴重品管理代(GH)		100 円/日	預金通帳、印鑑、年金証書等
理美容代		実費	
電話代		茨城県内固定電話 10 円/1 分	
		茨城県外固定電話 30 円/1 分	
		携帯電話 20 円/1 分	
複写物の交付		10 円/枚	
その他日常生活上必要となる諸費用		実費	
その他の配食サービス		実費	法人と利用者との相談とする。

※上記のうち、該当する項目の利用日数等に応じた利用者負担額を各月にご負担していただきます。

ただし、利用者世帯の収入に応じて市町村長が定めた利用者負担上限月額（市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載されている上限月額）の範囲内の額となります。

※当該サービス利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、変更の2か月前までに利用者に対して説明したうえで、相当な額に利用料金を変更することになります。

## 2 自立支援給付対象福祉サービス料金(原則利用者負担なし)

### (1) 生活介護サービス

項 目		報酬単価	サービス利用料金	利用者負担額
生活介護サービス費	区分 6	1,283 単位	13,612 円/日	1,361 円/日
	区分 5	963 単位	10,217 円/日	1,021 円/日
	区分 4	683 単位	7,247 円/日	725 円/日
	区分 3	613 単位	6,504 円/日	650 円/日
	区分 2 以下	561 単位	5,952 円/日	596 円/日
福祉専門職員配置等加算 (Ⅲ)		6 単位	63 円/日	6 円/日
初期加算 (30 日超入院後含む)	30 日限度	30 単位	318 円/日	31 円/日
欠席時対応加算	4 回/月限度	94 単位	997 円/日	99 円/日
人員配置体制加算 (Ⅱ)	定員 20 人以下	181 単位	1,920 円/日	192 円/日
常勤看護師配置加算	定員 20 人以下	28 単位	297 円/日	29 円/日
食事提供体制加算		30 単位	318 円/日	31 円/日
福祉・介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)		1 月につき + 所定単位 × 42 / 1,000		

### (2) 共同生活援助 (グループホーム)

項 目		報酬単価	サービス利用料金	利用者負担額
共同生活援助サービス費 (1) (大規模居住等減算あり) 定員 8 人以上×95/100 減算後の金額	区分 6	627 単位	6,771 円/日	677 円/日
	区分 5	520 単位	5,616 円/日	562 円/日
	区分 4	444 単位	4,795 円/日	480 円/日
	区分 3	362 単位	3,909 円/日	391 円/日
	区分 2	277 単位	2,991 円/日	299 円/日
	区分 1 以下	230 単位	2,484 円/日	248 円/日
福祉専門職員配置等加算 (Ⅲ)		4 単位	43 円/日	4 円/日
夜間支援体制加算 (Ⅰ)		149 単位	1,609 円/日	160 円/日
日中支援加算Ⅱ (対象者 1 人)	区分 4~6	539 単位	5,821 円/日	582 円/日
	区分 3 以下	270 単位	2,916 円/日	291 円/日
入院時支援特別加算 (月 1 回限度)	入院 3 日以上~7 日未満	561 単位	6,058 円/日	605 円/日
	入院 7 日以上	1,122 単位	12,117 円/日	1,211 円/日
帰宅時支援加算	入院 3 日以上~7 日未満	187 単位	2,019 円/日	201 円/日
	入院 7 日以上	374 単位	4,309 円/日	430 円/日
福祉・介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)		1 月につき + 所定単位 × 74 / 1,000		

※ 上記のうち、該当する項目の利用日数等に応じた利用者負担額を各月にご負担していただきます。

ただし、利用者世帯の収入に応じて市町村長が定めた利用者負担上限月額(市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載されている上限月額)の範囲内の額となります。

※ 自立支援給付費対象福祉サービスの利用料金については、厚生労働大臣の定める基準に変更があった場合、その基準に基づき当該福祉サービス料金に変更されます。