様式第９

認知症高齢者グループホーム利用料金一覧表（月額）

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 金額 |
| 介護保険本人負担  （要介護３・１割負担の場合） | 円 |
| 家賃 | 円 |
| 光熱水費 | 円 |
| 食材料費 | 円 |
| その他の日常生活品費 | 円 |
| その他 | 円 |
| 計 | 円 |

※１月＝３０．４日（３６５日÷１２ヶ月）で計算すること。

様式第９

看護小規模多機能型居宅介護利用料金一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 金額**（月額）** |
| 介護保険本人負担  （要介護３・１割負担の場合） | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | | 金額**（日額）** |
| 居住費（部屋代）・光熱水費含む | | 円 |
| 食材料費 | 朝食（　　　　円） | 円 |
| 昼食（おやつ含む）  （　　　　円） |
| 夕食（　　　　円） |
| 計　（　　　　円） |
| その他の日常生活品費 | | 円 |
| その他 | | 円 |
| 計 | | 円 |