

別紙料金表

平成30年4月1日より

負担割合に応じた利用者負担額と、食事に係る自己負担額をお支払いください。

大田区 介護予防・新総合事業 第1号通所事業 利用料

はつらつ体カアップサポート		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者 負担額	利用者 負担額	利用者 負担額	該当加算 ○印
利用期間は原則1年間	利用時間			1割	2割	3割	
原則上限 週2回、月9回まで	2時間～ 5時間未満 (1回につき)	325	3,542円	354円	708円	1063円	
運動機能向上加算	1月につき	225	2,452円	245円	490円	736円	
栄養改善加算		150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算		150	1,635円	164円	327円	491円	

いきいき生活機能アップサポート		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者 負担額	利用者 負担額	利用者 負担額	該当加算 ○印
利用期間は原則1年間	利用時間			1割	2割	3割	
原則上限 週2回、月9回まで	5時間以上 (1回につき)	375	4,087円	409円	817円	1226円	○
運動機能向上加算	1月につき	225	2,452円	245円	490円	736円	
栄養改善加算		150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算		150	1,635円	164円	327円	491円	

通所介護費・第1号通所介護費

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

昼食代	1食	650円
おむつ代	1組	実費
個別に希望される活動に係る費用	1回	実費
サービス実施記録等の複写物の請求	1枚	10円

【昼食代不要時の負担額】 *前日が休業日の場合は、直前の営業日

利用日の前日午後5時までに連絡をいただいた場合	負担額なし
利用日の前日午後5時から、当日午前9時までに連絡をいただいた場合	400円
利用日の当日午前9時以降に連絡をいただいた場合	650円