

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・日常生活支援新総合事業 第1号通所事業 利用料（地域区分単価 10.9 円）

はつらつ体力アップサポート		（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）	390	4,251円	426円	851円	1,276円	
栄養改善加算	1月につき	150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算（Ⅰ） （月2回を限度）	1回につき	150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算（Ⅱ） （月2回を限度）		160	1,744円	175円	349円	524円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	55円	109円	164円	
科学的介護推進体制加算		40	436円	44円	88円	131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）	446	4,861円	487円	973円	1,459円	○
栄養改善加算	1月につき	150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算（Ⅰ） （月2回を限度）	1回につき	150	1,635円	164円	327円	491円	
口腔機能向上加算（Ⅱ） （月2回を限度）		160	1,744円	175円	349円	524円	
栄養アセスメント加算	1月につき	50	545円	55円	109円	164円	
科学的会議推進体制加算		40	436円	44円	88円	131円	

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等	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