

管理番号 No. _____

訪問リハビリテーション

重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業者： 医療法人社団 研譲会 宮城病院

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	医療法人社団 研議会 宮城病院 訪問リハビリテーション
所在地	福岡県福津市日蔭野5丁目12-2
連絡先	0940-43-7373
管理者名	宮城 譲
サービス種類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	福津介18号
サービス提供地域	福津市・古賀市・宗像市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前10:00～午後17:00
土曜日	午前10:00～午後12:00
定休日	土曜日午後・日祝日・お盆、年末年始

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	3名	3名	6名
理学療法士	理学療法士	8名	0名	8名
作業療法士	作業療法士	0名	0名	0名
言語聴覚士	言語聴覚士	0名	0名	0名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情（サービス・身体拘束・虐待等）・キャンセル連絡など）

TEL : 0940-43-7373

担当部署: 事務部

担当者: 田中文

受付時間: 午前9:00～12:30 午後13:30～17:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

- ・福津市 高齢者サービス課高齢者福祉係

電話番号 0940-43-8298

受付時間 月曜日～土曜日（祝日、第2土曜日、年末年始除く）08:30～17:00まで

- ・福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課（介護サービス相談窓口）

電話番号 092-642-7856

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士が、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

4 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の各介護保険負担割合に応じた金額が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたしますので、翌月末までに下記支払い方法からあらかじめ指定した方法でお支払いください。

- ① 医療機関窓口にて支払う
- ② 次回の訪問リハビリテーション提供時に支払う
- ③ 銀行振込 ※銀行振り込みをご希望の場合は、後日振込先をお伝えいたします。

(3) 料金表

保険給付の自己負担額（1割負担の場合）	単位	料金
訪問リハビリテーション費/20分あたり	308 単位	308 円

※1ヶ月の利用料の目安（例：訪問リハビリテーションを1ヶ月に2回利用された場合）

【616 単位 × 10.33（地域加算） × 0.1 = 合計 636 円】

↓

636 円 = 利用料金合計

(4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、駐車場・水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者の負担になります。サービス提供区域外については、一回の訪問につき交通費 500 円請求致します。

(5) キャンセル料

① ご利用日の前営業日の 16 時 30 分までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の 16 時 30 分までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の 50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

5 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	医療法人社団 研議会 宮城病院
	主治医氏名	宮城 譲
	連絡先	0940-43-7373
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

【事業内容】

訪問リハビリテーション

【事業者】

住 所：福岡県福津市日蔭野5丁目12-2

事業所名：医療法人社団 研議会 宮城病院

代 表 者： 宮城 譲 印

【事業所】

住 所：福岡県福津市日蔭野5丁目12-2

事業所名：医療法人社団 研議会 宮城病院 訪問リハビリテーション

(指定番号 4010519413)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____ 印

【代理人】住 所_____

氏 名_____ 印（続柄 _____）

署名代行理由：