管理番号　No.

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者：　　様

事業者：　医療法人社団真清の会

１　当事業所の概要

（1）　事業所の概要

事業所名	医療法人社団真清の会　新千歳クリニック
所在地	北海道千歳市住吉４丁目２番３号
連絡先	0123-22-8600
管理者名	院長　河野哲也
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	0111111555 号
サービス提供地域	北海道千歳市

※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９：00 ～ 午後 18：00
土曜日	午前９：00 ～ 午後 13：00
定休日	日曜日、祝日

（3）　職員体制

	資　格	常 勤	非常勤	計
管理者	医師	２名	０名	２名
理学療法士	理学療法士	10 名	４名	14 名

２　当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL ：080 - 9617 - 2583

担　当　部　署：　新千歳クリニック　リハビリテーション科

担　　当　　者：　平出　千晶，関根　洸太

受　付　時　間：午前９：00～午後 17：00

※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。

３　サービス内容

（1）　理学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 1 割が利用者負担額になります。

※負担割合によって異なります。

（2）　利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月末日までに当月分の料金を請求いたしますので、末日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。（休日の場合は翌営業日となります。）

（3）　料金表

<要介護1~5>

訪問リハビリテーション費	基本サービス費	自己負担額 1割	備考
	308単位/回	308円/回	20分/回　40分の場合2回分

加算料金	基本サービス費	自己負担額 1割	備考
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	180単位/回	180円/回	1回/月
医師が利用者又は家族に 説明し同意を得た場合	270単位/回	270円/回	1回/月

<要支援1・２>

訪問リハビリテーション費	基本サービス費	自己負担額　1割	備考
	298単位/回	298円/回	20分/回　40分の場合2回分

※利用を始めた月から12ヵ月を超えて利用する場合は、1回につき30単位を減算します。（自己負担は1割負担の方で30円少なくなります）

（4）　交通費

安平町　2130 円/月

（5）　介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

複写物	1 枚につき	10　円

（6）　キャンセル料

①ご利用日の前営業日の 17 時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 17 時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	医療法人社団真清の会　新千歳クリニック
	主治医氏名	河野　哲也
	連　絡　先	0123-22-8600 (時間外 080-9617-2583)
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		

【 会社の概要 】

社　名　　医療法人社団真清の会
設　立　　平成 10 年 7 月
所在地　　東京都町田市木曽西三丁目２０番地６　メディカルモール町田１F
代表者　　理事長　宮井　保尚

【 事業内容 】

クリニックの運営、訪問診療、訪問リハビリテーション

【事業者】
住　　所：東京都町田市木曽西三丁目２０番地６　メディカルモール町田１F
社　　名：医療法人社団真清の会
代表者：宮井　保尚　　印

【事業所】
住　　所： 北海道千歳市住吉四丁目２番３号
事業所名： 新千歳クリニック
（指定番号　　0111111555　　）

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。

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：