

重要事項説明書

1. 当事業所の概要

令和6年6月1日

電話（０７７）５９４－０１１０ FAX（０７７）５９４－０１１２

事業所名	医療法人湖青会 訪問リハビリテーション
所在地	滋賀県大津市和邇高城２６０－１

2. 保険適用外の訪問リハビリテーションの内容・提供場所等（第3条関係）

公的保険サービスが適用できない場合の訪問リハビリテーションの提供にあたり、従事者（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等）をご利用者の居宅または居住系施設等に派遣し、必要に応じてリハビリテーションを提供します。

公的保険サービスが適用できる場合は、利用者に係る主治医の指示、または介護予防サービス計画又は居宅サービス計画の内容に従い、訪問リハビリテーションを提供します。

（訪問リハビリテーションの内容・事業実施地域）

内 容	訪問リハビリテーション	公的保険サービスを適用できない場合の訪問リハビリテーション 〔保険サービス後の延長サービス、保険適用外の単独サービス〕
営 業 日		月～金曜日（祝日休業）
営 業 時 間		午前９時００分～午後５時００分 ※但し、ご希望により上記以外の日時でもサービス提供を行います。
事業実施地域		大津市

3. 利用料（第6条関係）

（１）利用料金〔税込〕

サービス内容	利用者負担額	備 考
訪問リハビリテーション費 （１回につき）	3,080 円	１回につき算定（但し、１回を２０分単位とし、１週間に６回を限度とする）
サービス提供体制強化加算 （１回につき）	60 円	勤続年数３年以上の職員が在籍するため、１回の訪問リハビリテーション費に加算
短期集中リハビリテーション 実施加算 （１日につき）	2,000 円	退院（所）後間もない者に対して身体機能の回復を目的に週おおむね２日以上、１日あたり２０分以上のリハビリテーションを実施した場合に、退院（所）日又は新たな要介護認定を受けた日から起算して、３月以内の期間に１日につき加算。

（２）交通費は通常の事業実施地域外（大津市以外）のご利用者のみ徴収します。外出に要するタクシー代、公共交通機関の運賃等のご利用者の実費とさせていただきます。【１訪問あたりの交通費 円】

（３）記録の複写に要する費用は、実費とさせていただきます。

（４）サービス提供するに際し、必要となる衛生材料等（オムツ等）、電気、ガス、および水道等の費用は、ご利用者の負担とさせていただきます。

（５）キャンセルについては可能な限り２４時間前までに、事業所にご連絡下さい。ただし、ご利用者の急な病変、入院等の場合はこの限りではありません。なお、２４時間前までに、ご連絡がなく下記のような場合は、キャンセル料をいただきます。

＜キャンセル料＞

訪問２４時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
訪問２４時間以内までにご連絡がない場合	１訪問あたり、３００円をいただきます。
訪問するが１０分待っても不在の場合	１訪問あたり、８００円をいただきます。
訪問するがその場でキャンセルになった場合	１訪問あたり、８００円をいただきます。

（６）交通事情等により、やむを得ずサービス開始時間が遅れる場合があります。１５分以上予定時刻を前後する場合は、ご連絡します。

4. 利用料の支払期限と支払方法

利用料の支払時期	ご利用月の翌月 25 日まで（月額料金）
支払方法	次のいずれかの方法によりお支払ください。 1 ご利用者指定口座からの自動引落し 2 事業所の指定口座への振込 振込先 滋賀銀行 志賀町支店 貯金種目 普通 口座番号 2 5 3 6 6 9 口座名義人 医療法人 湖青会 3 当事業所へ現金で直接払い（営業時間内）
※利用料金については、ご利用月の翌月 1 5 日頃に請求書を郵送又はお渡し致します。 ※お支払を確認しましたら領収書を郵送または直接お渡しします。	

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者の病状に急変が生じた場合は、主治医、ご利用者に係る居宅介護支援事業者、ご家族等への連絡をいたします。

主治医	医療機関名	
	医師名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏 名	
	連絡先	

6. 相談・苦情窓口

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

連絡先	医療法人湖青会 訪問リハビリテーション 電話 (077) 594-0110 FAX (077) 594-0112
-----	---

7. 従業員数

管 理 者	1名
従 事 者	名（理学療法士 名 ・ 作業療法士 名 ・ その他従事者 名）

※従業員および従業員数は、人事異動等により変更される場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、保険適用外の訪問リハビリテーションの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

説 明 者 職 名

氏 名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、保険適用外の訪問リハビリテーションの内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

代理人（選任した場合）住 所

氏 名 印