

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(介護予防・訪問リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： _____ 碓井クリニック

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	碓井クリニック
所在地	東京都北区滝野川 7-17-8
連絡先	03-3949-8000
管理者名	本田祐士
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	1311733021 号
サービス提供地域	北区,板橋区,豊島区

※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

月,火,水,金,土	午前 9 : 00 ~ 午後 16 : 30
定休日	木曜・日曜

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1 名	名	1 名
理学療法士	理学療法士	2 名	名	1 名
言語聴覚士	言語聴覚士	1 名	名	1 名

(4) ディスクローチャー

当院の「事業計画」については、当院のホームページ上で閲覧することができます。

2 当事業所の連絡窓口（相談・キャンセル連絡など）

TEL : 03-3964-7000

担当部署：リハビリテーション部門

担当者：金指佳希

受付時間：午前 9 : 00 ~ 午後 16 : 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。

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が、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。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 20 日までに当月分の料金を請求いたしますので、27 日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表

項目	単位	料金
要介護訪問リハビリテーション費	308 単位	342 円
要支援訪問リハビリテーション費	298 単位	331 円
リハビリテーションマネジメント加算	213 単位	237 円
訪問リハ短期集中リハビリテーション費	200 単位	222 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週間に2回（1日20分週2回利用された場合）

{308 単位（訪問リハビリ費）×11.10 円（地域単価）} ×8 回（週2回×4 週間）

+213 単位（リハビリテーションマネジメント加算）×11.10 円（地域単価）=2,972 円

1 日 40 分週 2 回の場合は 5,707 円

(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、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。

(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、全額ご利用者の負担になります。

(6) キャンセル料

ご利用日の前営業日の 16 時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日の 16 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。

病 院 名	碓井クリニック
医師	本田 祐士
連 絡 先	03-3949-8000

【会社の概要】

設 立 2023 年 4 月
所在地 東京都北区滝野川 7-17-8

【事業内容】

訪問リハビリテーション

【事業者】

住 所： 東京都北区滝野川 7-17-8
社 名： 碓井クリニック
代 表 者： 本田祐士

印

【事業所】

住 所： 東京都北区滝野川 7-17-8
事業所名： 碓井クリニック
(指定番号 1311733021)

担当者 金指 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：