別紙

# 介護予防訪問リハビリテーション
# 利用料説明書（1割負担として）

| | 内　容 | | 費　用 |
|---|---|---|---|
| 介護給付一部負担金 | 介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき） | | 298円／回 |
| | 予防訪問リハ高齢者虐待防止未実施減算 | | ―3円／回 |
| | 同一の建物居住者20名以上に実施した場合（1月あたり） | | 90／100 |
| | 同一の建物居住者50名以上に実施した場合（1月あたり） | | 85／100 |
| | 予防訪問短期集中リハビリテーション実施加算 | | 200円／日 |
| | 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合 | | －50円／回 |
| | 予防訪問リハ12月超減算 | | －30円／回 |
| | 予防訪問リハ退院時共同指導加算 | | 600円／回 |
| | サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ） | 6円／回 |
| | | （Ⅱ） | 3円／回 |
| | 通常の事業の実施地域を越えて、厚労省が定める中山間地域に行った場合の加算 | | 5% |

## ※お支払いについて

※　お支払いは口座振替（自動引き落とし）となります。
　　大変お手数ですが、同封しております用紙に氏名、口座番号等を記入・捺印し、返信用封筒に入れてお送りいただくか、封筒に入れ、封をして職員にお渡しいただくようお願いいたします。
　　また、記入方法が不明な方や、記入が困難な方は職員がお伺いしますので、遠慮なくお知らせください。
　　よろしくお願いいたします。

※　口座振替（自動引き落とし）は（銀行・郵便局・農協・信用金庫）いずれも可能です。手数料は無料です。

※　利用月の翌月１５日に請求書を職員がお持ちするか、郵送いたします。そして２０日にご指定の口座より引き落としをさせていただきます。その後、入金確認後に領収書を職員がお持ちするか、郵送いたします。

※　もし、２０日に引落しが困難であった場合、直接お支払いしていただくか、翌月に２回分お支払いいただくこととなります。

※　領収書は、のちに証明書として必要になる場合がありますので大切に保管しておいてください。

□本人控え用、　□施設用

# 訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）のサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設さわやかセンター
管理者　佐藤　英明　　殿

＜ 利 用 者 ＞

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 利用者の身元引受人 ＞

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者との関係（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

職業及び職場名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

職場の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護老人保健施設のサービス（【介護予防】訪問リハビリテーション）を利用するにあたり、介護老人保健施設さわやかセンター利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを誓約します。

記

1. 介護老人保健施設さわやかセンターの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設さわやかセンターに対し一切迷惑をかけません。

| 説明者 | |
|---|---|