

訪問リハビリサービス説明書

1. 事業所名 恵泉クリニック
指定番号 2812005383
所 在 明石市大久保町大窪3101-1
設置主体 社会福祉法人 明石恵泉福祉会

2. 営業日時 営業日は、原則として月曜日から金曜日とする。(祝日を除く)
但し、年末年始(12月29日~1月3日)は休日とする。
営業時間(サービス提供時間)は、9時から17時とする。

3. サービスの内容及び日・時間帯の決定方法
 - A サービス内容及び日・時間帯は居宅介護支援事業者から当支援センターに連絡のあった別紙サービス利用票に基づき対応する。(但し、サービスの開始を急ぐ場合は、居宅介護支援事業所の連絡を待たずに開始する場合があります。)

 - B サービス内容及び日・時間帯を居宅介護支援事業者を通さず直接当事業所と契約を結んでいる方は、訪問リハビリ計画書に基づき対応する。

4. サービス提供の記録等
 - (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定められた「訪問リハビリ計画書」等の書面に必要事項を記入します。

 - (2) 事業者は、一定期間ごとに(又は1か月ごとに)「訪問リハビリ計画書」の内容に沿ってサービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「訪問リハビリ記録書」等の書面を作成して、利用者に説明のうえ交付(主治医、介護支援事業者にも提出する。)します。

 - (3) 事業者は、前記の「訪問リハビリ計画書」等の記録を作成完了後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

5. サービス提供者責任等
 - (1) サービス提供の責任者(サービス・コーディネーター)は、次のとおりです。

 - (2) サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。
氏名： 上田 章弘 連絡先(電話)： 078-936-8003

6. 利用者負担金及び支払方法
 - (1) 利用者の方からいただく利用負担金は、別表の通りです。
 - (2) 支払方法 ①~③の方法でお願いいたします。
 - ①みなと銀行からの引き落とし(毎月20日に引き落とします。)
 - ②現金(自動引落しの困難な方は、訪問時に担当者に直接お渡し下さい。)
 - ③銀行口座振込(振込手数料は利用者負担でお願いします。)

7. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス提供責任者）までご連絡ください。

連絡先（電話）：078-936-8003

- (2) 利用者の都合でサービス中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。

前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事業がある場合は、キャンセル料は不要です）。

- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前日まで	無 料	
サービス利用日の当日	介護保険報酬額の20%	

8. その他

- (1) 利用者が訪問リハビリの交代を希望される場合には、できる限り対応しますので、前記のサービス責任者までご相談ください。

- (2) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

訪問リハビリに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

サービス契約に当たり上記のとおり説明を受けました。

年 月 日

(説明者) 恵泉クリニック

_____ 印

(利用者又はご家族)

住 所 _____

氏 名 _____

_____ 印

続 柄 _____