

坂井市立三国病院 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定通所リハビリテーションおよび介護予防通所リハビリテーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

- (1) 事業者名 坂井市立三国病院
- (2) 所在地 福井県坂井市三国町中央一丁目2-34
- (3) 電話番号 0776-82-0480
- (4) 代表者氏名 坂井市長 池田 禎孝

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション
- (2) 事業所の名称 坂井市立三国病院
- (3) 所在地 福井県坂井市三国町中央一丁目2-34
- (4) 電話番号 0776-82-0480
- (5) 管理者 院長 飴嶋 慎吾
- (6) 開設年月日 令和3年 8月 1日
- (7) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝祭日、年末年始は休み）
営業時間	月 8:30～17:15 土 8:30～12:30
サービス提供時間	月～土 ① 8:30～9:30 ② 9:30～10:30 ③ 10:30～11:30 ④ 11:30～12:30 ⑤ 13:30～14:30（土除く） ⑥ 14:30～15:30（土除く） ⑦ 15:30～16:30（土除く）
定休日	日曜日

- (8) 利用定員 月曜日～土曜日 10名
- (9) 通常の事業実施地域 坂井市、あわら市

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、サービス提供時間は以下の職種の職員を配置しています。

	人 数
医 師	1名以上
リ ハ ビ リ 職	1名以上

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、利用料金が介護保険から給付される場合があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

〈サービスの概要〉

- ・機能訓練指導員及びインストラクター等により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じた負担金を頂戴致します。

※１割負担の場合 （１単位＝１０円）

送迎を行わない為、片道４７単位が減算される

基本部分

介護度	１時間以上～２時間未満
要支援１（月額）	２，２６８単位
要支援２（月額）	４，２２８単位
要介護度１（日額）	３６９単位
要介護度２（日額）	３９８単位
要介護度３（日額）	４２９単位
要介護度４（日額）	４５８単位
要介護度５（日額）	４９１単位

加算部分

加算の種類	加算額
理学療法士等体制強化加算	３０単位
※要介護度のみ	

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

〈事前に連絡がない場合のキャンセル料〉

利用者負担相当額の負担金を頂戴致します。

(2) 利用料金のお支払い方法

料金は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日に下記の方法でお支払い願います。

金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関 : 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 ・ 労働金庫

※自動引き落とし手数料はご契約者が負担願います。

5. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職氏名〕 主任リハビリ

上坂 友紀子

○受 付 時 間

毎週月曜日～金曜日（祝日除く）

8：30～17：15

毎週土曜日（祝日除く）

8：30～12：30

○電 話 番 号

0776-82-0480

(2) 行政機関その他苦情受付期間

坂井地区広域連合 介護保険課	0776-72-3305
福井県社会福祉協議会	0776-24-2433
福井県国民健康保険団体連合会	0776-57-1614

(3) 事故発生時の対応

- ・サービスの提供による事故が発生した場合には、速やかに家族・保険者・居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・事業所は、サービス提供による賠償すべき事故が発生した場合には、必要に応じて損害賠償を速やかに行います。

6. サービス提供困難時の対応

- ・通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定通所リハビリテーション等を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（以下「居宅介護支援事業者等」という。）への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等を紹介その他必要な措置を速やかに行います。

令和 年 月 日

指定通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービス提供の開始に際し、
本書面に基づき事項の説明を行いました。

坂井市立三国病院

説明者職氏名 リハビリテーション科

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションのサービス提供の開始に同意します。

利用者氏名

印

代理人氏名
(続柄)

印