介護老人保健施設シルバーエイト

(介護予防)通所リハビリテーション利用約款

(令和６年７月１日)

(約款の目的)

第１条　介護老人保健施設シルバーエイト(以下「当施設」という。)は、要介護状態(介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援状態)と認定された利用者(以下単に「利用者」という。)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように、一定の期間、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)を提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第２条　本約款は、利用者が通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)利用同意書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、利用者の身元引受人に変更があった場合は新たな身元引受人の同意を得ることとします。

２　利用者は、第４条又は第５条による解除がない限り、初回利用時の同意書提出をもって繰り返し当施設の通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)を利用することができるものとします。但し、本約款、別紙１、別紙２又は別紙３(本項において「本約款等」といいます。)の改訂が行われた場合は新たな本約款等に基づく同意書を提出していただきます。

(身元引受人)

第３条　利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

①　行為能力者(民法第２０条第１項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。)であること

②　弁済をする資力を有すること

２　身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額３０万円の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。

３　身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。

①　利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。

②　入所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができます。

４　身元引受人が第１項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行

った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第１項但書の場合はこの限りではありません。

5　身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

(利用者からの解除)

第４条　利用者は、当施設に対し、利用中止の意思表明をすることにより、利用者の居宅介護サービス(介護予防サービス)計画にかかわらず、本約款に基づく通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)利用を解除することができます。なお、この場合利用者及び身元引受人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス(介護予防サービス)計画作成担当者に連絡するものとします。(本条第２項の場合も同様とします。)

2　身元引受人も前項と同様に通所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

3　利用者又は身元引受人が正当な理由なく、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)実施期間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いただきます。

(当施設からの解除)

第５条　当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスの利用を解除することができます。

① 利用者が要介護認定において要支援又は自立と認定された場合

② 利用者の居宅サービス(介護予防サービス)計画で定められた利用時間数を超える場合

③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスの提供を超えると判断された場合

④ 利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を２か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず３０日間以内に支払われない場合

⑤ 利用者が、当施設あるいは当施設の職員又は他の利用者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会行為を行った場合

⑥ 第３条第４項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。

⑦ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

(利用料金)

第７条　利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスの対価として、別紙２の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必

要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2　当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月１５日過ぎに送付し、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3　当施設は、利用者又は身元引受人から１項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

第７条　当施設は、利用者の通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後５年間は保管します。(診療録については、５年間保管します。)

2　当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

3　当施設は、身元引受人が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

4　前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。

5　当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第１項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

(身体拘束等)

第８条　当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第９条　当施設とその職員は、当企業団の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を別紙３のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等。

② 居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)等との連携

③ 利用者が偽りその他の不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知。

④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合(災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等)。

２　前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

第 10 条　当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

２　前項のほか、通所利用中に使用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第 11 条　サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

２　施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

３　前２項の他、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第 12 条　利用者、身元引受人又は利用者の親族は、当施設の提供する通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスに対しての要望又は苦情等について担当支援相談員に申し出ることができ、又は備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第 13 条　通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)サービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を賠償するものとします。

２　利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 13 条　この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

＜別紙１＞

介護老人保健施設シルバーエイトのご案内

（令和６年７月１日）

１　施設の概要

（１）　施設の名称等

・施設名　介護老人保健施設シルバーエイト

・開設年月日　平成６年５月１日

・所在地　熊本県球磨郡多良木町大字多良木４２１０番地

・電話番号　０９６６－４２－５２８８(FAX：０９６６－４２－６６７０)

・管理者名　愛甲　朗

・介護保険指定番号　介護老人保健施設(４３５３１８００３９号)

（２）　介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、一日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者が居宅での生活を一日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション等のサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

【介護老人保健施設シルバーエイトの運営方針】

「当施設では、入所療養介護計画に基づいて、医学的管理下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要とされる医療ならびに日常生活上の世話を行い居宅における生活への復帰を目指します。」

（３）　施設の職員体制

従業者の種類	員数	区分				保有資格等
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
医師	1	1				医師　１名
看護職員	1			1		准看護師　１名
通所介護職員	7	7				介護福祉士　５名
予防通所介護職員	3	3				介護福祉士　２名
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	8		7		1	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士　８名
事務職員	3	2		1		
管理栄養士又は栄養士	1	1				管理栄養士　１名
介護支援専門員	1		1			介護支援専門員　１名
支援相談員	3	3				社会福祉士　２名

（４）　入所定員等　・定員　９０名(うち認知症専門棟　４０名)

・療養室　個室６室(１Ｆ２室、２Ｆ４室)４人室２１室

（５）　(介護予防)短期入療養介護

（６）　通所リハビリテーション　・定員　４０名

（7） 介護予防通所リハビリテーション　・定員　２０名
（8） (介護予防)訪問リハビリテーション

2　サービス内容

- 施設サービス計画の立案
- 短期入所療養介護計画の立案
- 通所リハビリテーション計画の立案
- 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- 食事(食事は原則として食堂でおとりいただきます。)
  - 朝食　８時００分～８時３０分
  - 昼食　１２時００分～１２時３０分
  - 夕食　１８時００分～１８時３０分
- 入浴(一般浴槽の他、入浴に介助を要する利用者には、特別浴槽にて対応します。)
- 医学的管理・看護
- 介護(退所時の支援も行います。)
- リハビリテーション
- 相談援助サービス
- 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- 利用者が選定する特別な食事の提供
- 理容サービス(原則月４回実施します。)
- 基本的時間外施設利用サービス
- 行政手続代行
- その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

3　協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

・名称　光生病院

・住所　人吉市下原田町字西門１１２５－２番地

協力歯科医療機関

・名称　球磨郡公立多良木病院

・住所　球磨郡多良木町大字多良木４２１０番地

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡をします。

4　施設利用にあたっての留意事項

（1）　施設利用中の食事は、特段の事情が無い限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食事は、保険給付外の利用料と位置付けられていますが、同時に施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としている為、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

（2）　面会は、午前７時から午後９時までとする。

（3）　外出及び外泊は、所定の届け出用紙に記載のうえ実施する。

（4）　飲酒及び喫煙は、禁止する。

（5）　火気の取扱いは、やむを得ない場合を除き原則として禁止する。

（6）　設備及び備品の利用は、職員へ申し出て利用する。

（7）　所持品及び備品の持ち込みは、自己責任において許可する。

（8）　金銭及び貴重品の管理は、自己管理を原則とするが施設での管理も希望にて実施する。

（9）　外泊時等の施設外での受診は、緊急時等を除き原則として禁止する。

(10)　宗教活動は、他利用者への迷惑等を防止するため、原則として禁止する。

(11)　ペットの持ち込みは、原則として禁止する。

5　非常災害対策

（1）　防災設備　スプリンクラー、消火器、消火栓

（2）　防災訓練　年２回

6　禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7　要望及び苦情等相談

当施設には、支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話：０９６６－４２－５２８８　)

要望や苦情等は、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

8　その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

＜別紙２＞

通所リハビリテーションサービスについて

(令和６年７月１日)

１　介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

２　通所リハビリテーションサービス(介護予防通所リハビリテーション)についての概要

通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)については、要介護者(介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者)の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス(介護予防サービス)計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容について同意をいただくようになります。

３　利用料金

(１) 保険給付の自己負担額

通所リハビリテーション費(要介護の程度や利用時間数によって利用料が異なります。料金は、通所は１日あたり、介護予防は１月あたりの１割の自己負担分です)

※所得に応じて１割、２割、３割負担となります。

①　通所リハビリテーションサービス費

ア　基本部分【通常規模型】

[１時間以上２時間未満]

・要介護１	３６９円
・要介護２	３９８円
・要介護３	４２９円
・要介護４	４５８円
・要介護５	４９１円

[２時間以上３時間未満]

・要介護１	３８３円
・要介護２	４３９円
・要介護３	４９８円
・要介護４	５５５円
・要介護５	６１２円

[３時間以上４時間未満]

・要介護１	４８６円
・要介護２	５６５円
・要介護３	６４３円
・要介護４	７４３円
・要介護５	８４２円

[４時間以上５時間未満]

・要介護１	５５３円
・要介護２	６４２円
・要介護３	７３０円
・要介護４	８４４円
・要介護５	９５７円

[５時間以上６時間未満]

・要介護１	６２２円
・要介護２	７３８円
・要介護３	８５２円
・要介護４	９８７円
・要介護５	１,１２０円

[６時間以上７時間未満]

・要介護１	７１５円
・要介護２	８５０円
・要介護３	９８１円
・要介護４	１,１３７円
・要介護５	１,２９０円

イ　通所リハビリテーションの加算(以下の料金は利用者全員を対象とした加算です)

- サービス提供体制加算・・２２円／日
- 介護職員等処遇改善加算・・5.8％
- 中重度者ケア体制加算・・２０円／日
- 科学的介護推進体制加算・・４０円／月

ウ　ア、イに必要に応じて以下の加算がつきます。

- 延長サービス加算・・５０円～１００円の加算
- 入浴介助加算・・４０円
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算・・１１０円／回
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算・・２４０円／回
- 理学療法士等体制強化加算・・３０円／日
- 若年性認知症受入加算・・６０円／日
- 送迎を行わなかった場合は・・片道４７円減算
- 栄養改善加算・・２００円／回

②　介護予防通所リハビリテーションサービス費

ア　基本料金

- 要支援１・・2,２６８円／月
- 要支援２・・4,２２８円／月

イ　介護予防通所リハビリテーションの加算(以下の料金は利用者全員を対象とした加算です)

- サービス提供体制加算Ⅰ・・「要支援１」は８８円／月
  「要支援２」は１７６円／月
- 介護職員等処遇改善加算・・5.８％
- 科学的介護推進体制加算・・４０円／月

ウ　ア、イに必要に応じて加算がつきます。

- 若年性認知症受入加算・・２４０円

（2）　利用料

①　食費(昼食)・・６５０円

②　理美容代(1回あたり)・・1,０００円～2,０００円程度

③　おむつ代(1回あたり)・・２２円～７６円

ご利用者様の身体状況により、おむつ等の利用が必要な時に施設で用意するものをご利用いただいた場合

4　支払い方法

（1）毎月１５日過ぎに、前月分の請求書を発行しますので、末日までにお支払いください。

（2）お支払方法は、現金、銀行振込、口座振替があります。契約時にお選びください。

〈別紙３〉

個人情報の利用目的

（令和６年７月１日）

介護老人保健施設シルバーエイトでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおりと定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

・当施設が利用者等に提供する介護サービス

・介護保険事務

・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち

－入退所等の管理

－会計・経理

－事故等の報告

－当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち

－利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答

－利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合

－検体検査業務の委託その他の業務委託

－家族等への心身の状況説明

・介護保険事務のうち

－保険事務の委託

－審査支払機関へのレセプトの提出

－審査支払機関又は保険者からの照会への回答

・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

・当施設の管理運営業務のうち

－医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

－当施設において行われる学生の実習への協力

－当施設においての行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

・当施設の管理運営業務のうち

－外部監査機関への情報提供

《別添資料１》

「国が定める利用者負担限度額段階（第１～３段階）」に該当する利用者等の負担額

○　利用者負担は、所得などの状況から第１～第４段階に分けられ、国が定める第１～第３段階の利用者には負担軽減策が設けられています。

○　利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第１～第３段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第４段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）

○　利用者負担第１・第２・第３段階①②に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第１・第２・第３段階①②にある次のような方です。

【利用者負担第１段階】
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方

【利用者負担第２段階】
世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間 80 万円以下の方

【利用者負担第３段階 ①】
世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下の方

【利用者負担第３段階 ②】
世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が 120 万円を超える方

○　利用者負担第 4 段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第３段階」の利用料負担となる場合があります。
詳細については、市町村窓口でおたずねください。

負担額一覧表（1 日当たりの利用料）

<table>
<tr><th></th><th>施設利用
食費</th><th>居住費
【多床室】</th><th>居住費
【従来型個室】</th></tr>
<tr><td>利用者負担第１段階</td><td>300 円</td><td>0 円</td><td rowspan="2">550 円</td></tr>
<tr><td>利用者負担第２段階</td><td>600 円</td><td rowspan="3">430 円</td></tr>
<tr><td>利用者負担第３段階①</td><td>1,000 円</td><td rowspan="2">1,370 円</td></tr>
<tr><td>利用者負担第３段階②</td><td>1,300 円</td></tr>
</table>

（別紙１）

介護老人保健施設シルバーエイトのサービス提供に伴う利用者負担額変更に係る同意書及び誓約書

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設シルバーエイト
管理者　愛甲　朗　様

介護老人保健施設シルバーエイト利用料等変更のお知らせ

利用者	住所 氏名　　電話
署名代行者	住所 氏名 署名を代行した理由（本人が署名できないため・その他　　）
身元引受人	住所 氏名　　（続柄　　）　電話
	勤務先 勤務先住所　　電話
連帯保証人	住所 氏名　　（続柄　　）　電話
	勤務先 勤務先住所　　電話

介護老人保健施設のサービス（入所、（介護予防）短期入所療養介護、（介護予防）通所リハビリテーション）を利用することに伴う、介護老人保健施設シルバーエイト利用条約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、書面により利用者負担額変更の説明を確認しました。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、その対価として当該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　介護老人保健施設シルバーエイトの諸規程を守り、職員の指示に従います。
2　利用料金等の費用の支払いについては、介護老人保健施設シルバーエイトに対し一切迷惑をかけません。

介護老人保健施設シルバーエイト

(介護予防)通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設シルバーエイトの施設(介護予防)通所リハビリテーションを利用するにあたり、介護老人保健施設の(介護予防)通所リハビリテーション利用約款、重要事項説明書及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和　　年　　月　　日

＜利用者＞

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜署名代行者＞

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(続柄　　)

署名を代行した理由(本人が署名できないため・その他　　)

＜利用者の身元引受人＞

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護老人保健施設「シルバーエイト」
管理者　　愛甲　朗　様

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏　　名	(続柄　　)
・住　　所	
・電話番号	

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

・氏　　名	(続柄　　)
・住　　所	
・電話番号	