

訪問リハビリテーション契約書別紙

ご利用者名： _____ 様 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

1. ご利用日時

_____ 曜日 午前・午後	_____ 曜日 午前・午後	_____ 曜日 午前・午後
----------------	----------------	----------------

* 都合により事前にご了解を得た上で、訪問曜日や時間を変更させて頂く場合がございます。

2. ご利用料

●介護保険（介護予防含む）の場合

サービス項目	基準単位	利用料（__割負担）
① ・訪問リハビリテーション費 ・予防訪問リハビリテーション費 (1日訪問時間：_____分) ※要支援のみ、ご利用月から12ヶ月を超えた場合に基準単位から30円減算となります。	<input type="checkbox"/> 308円/20分 <input type="checkbox"/> 258円/20分 <input type="checkbox"/> 298円/20分 <input type="checkbox"/> 248円/20分	1日：_____円
②サービス提供体制強化加算（I）	6円/20分	1日：_____円
③リハビリテーションマネジメント加算（イ）・（ロ）	<input type="checkbox"/> 180円/月 <input type="checkbox"/> 213円/月	1月：_____円
④リハビリテーションマネジメント加算3	270円/月	1月：_____円
⑤退院時共同指導加算（対象者）	600円	退院後初回利用時のみ
⑥短期集中リハビリテーション実施加算（対象者）	200円/日	1日：_____円
⑦介護職員等処遇改善加算	総介護報酬単位数×1.5%/月	

●医療保険の場合

サービス項目	基準単位	利用料（__割負担）
①在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (1日訪問時間：_____分)	<input type="checkbox"/> 300円/20分 <input type="checkbox"/> 255円/20分	1日：_____円

* 上記は介護（医療）保険の法定利用料で、利用者様の負担割合に応じた料金をご負担いただきます。

* 介護保険法等の法令改正により負担額が変更になった場合は、改定後の金額を適用いたします。

<1ヵ月のご利用料の目安> * 月分(回訪問)の場合を以下に示しています

①② : _____円 × _____回 + ⑦: _____円 = 合計 _____円

* 医療保険の場合、上記の①(在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料)のみになります

※退院後の初回利用時のみ⑤、短期集中リハビリがある場合、対象期間中は⑥が加算されます
⇒合計 _____円

●その他の費用

- 1) ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供する為に使用する、水道・ガス・電気などの費用は、ご利用者様の負担になります。
- 2) リハビリテーション計画に基づいて実施する、作業活動などに要した材料費や、外出訓練での交通費・参加費等については、ご利用者様およびご家族に事前に説明して了解を得た上で、必要となる実費を請求させていただきます。