

契約書一別紙

〔 担当者(管理者) 〕

氏名 川田 千春 連絡先 ☎ 03-5613-5701

〔 短期入所療養介護の内容 〕

ご利用場所 ☞ 施設名 セツルメント診療所分院
住 所 〒120-0003 東京都足立区東和4丁目 24-16

ご利用期間 ☞

1.	年 月 日	～	年 月 日
2.	年 月 日	～	年 月 日
3.	年 月 日	～	年 月 日
☆初回ご利用以降は、別紙記載とします。			
☆入所時間・退所時間については、ご相談の上で決めます。			

ご利用可能施設等 ☞

定員	19名			
居室	3名部屋	5室	食 堂	1 室
	2名部屋	1室	談話室(ホール)	2室
	1 名部屋	2室	浴 室	特殊浴槽

食事時間 ☞

- ① 朝食 8:00 ～
- ② 昼食 12:00 ～
- ③ 夕食 18:00 ～

入 浴 ☞ 原則として、週2回の入浴又は清拭をおこないます。

介護内容等 ☞ ご希望や状態に応じて適切な介護サービスを提供します。

- ① 着替え介助
- ② 排泄介助
- ③ おむつ交換
- ④ 施設内の移動の付き添い
- ⑤ 体位交換
- ⑥ シーツ交換 等々

機能訓練 ☞ 利用者の状態に応じて必要な訓練をおこないます。

健康管理 ☞ 短期入所療養介護の初日に簡単な健康チェックをおこないます。
又、状態によっては必要な診療を受けることもできます。

送迎サービス ☞ 送迎サービスを提供します。(範囲は別紙参照)

【 **利用料金等** 】 お支払いいただく料金は下記のとおりです。

基本料金

(1日あたり)

	利用料金	介護保険適用時の 自己負担額 1割/2割/3割
要介護度 1	8818 円	881 円/1,763 円/2645 円
要介護度 2	9374 円	937 円/1,874 円/2812 円
要介護度 3	9929 円	992 円/1,985 円/2978 円
要介護度 4	10474 円	1047 円/2,094 円/3142 円
要介護度 5	11030 円	1103 円/2,206 円/3309 円

加算料金

療養食加算 医師の発行する食事せんに基づき適切な栄養量及び内容を有する治療食が提供された場合

(1食あたり)

利用料金	介護保険適用時の 自己負担額 1割/2割/3割
80 円	8 円/17 円/26 円

送迎加算 送迎サービスを提供した場合
(但し、送迎適用範囲に制限があります。事前にご相談下さい。)

(片道)

利用料金	介護保険適用時の 自己負担額 1割/2割/3割
2005 円	200 円/401 円/601 円

サービス提供加算(Ⅱ) 常勤職員が一定割合(75%以上)配置されている

利用料金	介護保険適用の 自己負担額 1割/2割/3割
65 円	6 円/13 円/19 円

緊急短期入所受入加算

利用者の状態や、家族の事情により、介護支援専門員が短期入所療養介護を受ける必要がある、と認めていること。居宅サービスにおいて計画的に行うことになっていない短期入所療養介護を行っていること。利用開始から起算して7日を限度として加算される。

利用料金	介護保険適用の 自己負担額 1割/2割/3割
981 円	98 円/196 円/294 円

特定療養費

サービス限度額とは別の取り扱いとなり、窓口負担は下記のとおりです。

特定療養費の内容	利用料金	介護保険適用の自己負担額 1割/2割/3割
1 医学情報提供(Ⅰ)	2200 円	220 円/440 円/660 円
2 医学情報提供(Ⅱ)	2900 円	290 円/580 円/870 円
3 認知症老人入院精神療法	330 円(1週間につき)	330 円/660 円/990 円
4 褥瘡対策管理指導	60 円(1日につき)	6 円/12 円/18 円
5 感染対策管理指導	60 円(1日につき)	6 円/12 円/18 円
6 重度療養管理	1230 円(1日につき)	123 円/246 円/369 円

1・2 他院入院で情報提供をした場合

3 認知症で精神科の医師が診察した場合

4 体位交換や褥瘡処置など、褥瘡の予防や悪化を防ぐ努力をしています

5 感染予防のため体制を整備しています

6 要介護 4.5 に該当するものに限り、別に厚生労働大臣が定める状態にある場合

食 費(自費)	朝食	600 円
	昼食	650 円
	夕食	650 円

滞在費(自費) 1日につき 540円

その他 電気器具を使用の場合、電気代として 1日 150 円 いただきます。

洗濯代として 1回 650 円 いただきます。

【 短期入所療養介護ご利用の中止 】

① 利用開始予定日以前の中止

入所前に利用者のご都合により中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

☆ 入所日の前日、午後5時までにご連絡いただいた場合⇒無料

☆ 入所日の前日、午後5時までにご連絡がなかった場合⇒1日利用料の10% と食費
1回分

② 利用期間中の中止

利用者が中途退所を希望した場合の他、以下の事由に該当した場合、利用期間中でもサービスを中止して退所していただく場合があります。

1. 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合。
2. 利用期間中に体調が悪くなった場合。
3. 他の利用者への著しい迷惑行為又は、生命・健康に重大な影響を与える行為があった場合。

上記の場合は、必要によりご家族又は緊急連絡先に連絡すると共に、速やかに主治の医師に連絡をとる等の措置を講じます。また、利用料金は退所日までの日数を基準に計算をさせていただきます。

【 緊急連絡先 】

家 族 親 族	氏 名	様
	住 所	
	☎/FAX	☎ () FAX ()
	続 柄	

主 治 医	医療機関名	
	担 当 医	先生
	☎/FAX	☎ () FAX ()

【 ご相談・ご要望・苦情等の窓口 】

短期入所に関するご相談・ご要望その他につきましては下記の窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口 電話 03(5613)5701 ☆担当者 分院 川田 千春
〔 受付時間 月～金 9:00～17:00 土曜 9:00～13:00 〕

電話 03(6238)0177 東京都国民健康保険団体連合会
介護相談窓口
〔 受付時間 土日・祝日除く 9:00～17:00 〕

事業者 医療法人財団 ひこばえ会
事業者名 セツルメント診療所分院 [指定番号 東京13-第72107100号]
住 所 〒120-0003 東京都足立区東和 4丁目 24-16

代 表 者 氏名 植益 不二男 _____ (印)

私は、上記の内容の説明を受け、了承いたしました。

年 月 日 利用者 氏名 _____ (印)

代理人 氏名 _____ (印)