

介護老人保健施設 フェニックス長田キュアセンター

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）

利用約款（重要事項説明書）

（約款の目的）

第1条 介護老人保健施設フェニックス長田キュアセンター（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つては要支援状態）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、利用者及び利用者を扶養する者又は代理人（以下「代理人」という。）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「介護老人保健施設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のち、平成28年6月1日以降から効力を有します。但し、代理人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

- 2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2及び別紙3の改定が行われぬ限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し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。
- 3 重要事項の内容が変更される場合は、事前に文章にて通知し、利用者又は代理人の同意確認をする。

（利用者からの解除）

第3条 利用者及び代理人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（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・終了することができます。なお、この場合利用者及び扶養者は、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）計画作成者に連絡するものとします。但し、利用者が正当な理由なく、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）実施時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いただきます。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者及び代理人に対し、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サービス（介護予防通所リハビリテーション）の利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画（介護予防サービス）で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者及び代理人が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ④ 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
- ⑤ 利用者又は代理人が、当施設、当施設の職員又は他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 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利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び代理人は、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、利用者及び代理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5日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者及び代理人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の15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、利用者又は代理人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は代理人の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6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。

- 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、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第7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、その際の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8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等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、情報提供を行なうこととします。

- 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等との連携
 - ③ 利用者が偽りその他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9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、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び代理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10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項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は代理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 11 条 利用者及び代理人は、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）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 12 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）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、利用者及び代理人は、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。

(非常災害時の対応)

第13条 非常災害時にそなえ、防火管理者を任命し、自衛消防隊を設置する。

- 2 消防計画による防災訓練及び消火設備点検を年 2 回実施し所轄消防署へ点検結果報告を行う。
- 3 主な消火設備—スプリンクラー設備、消火器、自動火災報知設備、非常放送設備、誘導灯設備等。

(利用契約に定めのない事項)

第 14 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、利用者又は代理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 >

介護老人保健施設フェニックス長田キュアセンターのご案内
(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 フェニックス長田キュアセンター
- ・開設年月日 平成 28 年 6 月 1 日
- ・所在地 神戸市長田区林山町 4 番 22
- ・電話番号 078-631-1777
- ・ファックス番号 078-631-1778
- ・管理者名 出合 奈歩
- ・介護保険指定番号 2850680055

(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、1 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、利用者の方が居宅での生活を 1 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（介護予防通所リハビリテーション）といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[運営方針]

- * 当施設は全個室、ユニットケアを取り入れ、利用者の個々の人格を尊重し、それぞれの身体機能や、健康状態に応じた自立した生活を営めるよう専門スタッフによる適切なサービスを提供します。
- * 医療の場と生活の場を結ぶ家庭復帰支援施設である事に重点を置き、家庭的な雰囲気を大切にし、又地域社会、ボランティアとも連携し地域に開かれた施設を目指します。
- * ショートステイ、通所リハビリテーション等、複合的な機能を合わせ持ち在宅ケアの支援を行います。

(3) 施設の職員体制

	人数	業務内容
・医 師	1	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
・看護職員	1	利用者の病状及び心身の状況に応じて、施設サービス計画に基づく看護を行う。
・介護職員	7	利用者の施設サービス計画に基づく介護を行う。
・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	5	機能訓練プログラムを作成し訓練の実施に際し指導を行う。
・管理栄養士	1	献立の作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行う。
・その他	12	送迎他

- (4) 入所定員等
- ・定員 100 名（全 10 ユニット、1 ユニット定員 10 名）
 - ・療養室 個室 100 室

- (5) 通所定員
- ・定員 30 名

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（介護予防短期入所療養介護）計画の立案
- * 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。）
 昼食　12時00分～
- * 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
- * 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
- * 理美容サービス（原則月1回実施します。）
- * 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- * 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 神戸朝日病院
 - ・ 住 所 神戸市長田区房王寺町3丁目5-25
 - ・ 名 称 適寿リハビリテーション病院
 - ・ 住 所 神戸市長田区花山町2丁目11-32
- ・ 協力歯科医療機関
 - ・ 名 称 かもめ歯科
 - ・ 住 所 神戸市長田区東尻池新町1-20 イオン長田南ショッピングセンター2F

◇緊急時の連絡先

なお、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します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 利用者は、当施設の管理者その他職員の指導又は指示に従い、集団生活の秩序を守っていただくこととします。
- ・ 利用者が施設の規律に違反した場合もしくは、他の利用者等に迷惑となる行為があった場合は当施設の利用を解除していただくことがあります。
- ・ 利用者は、家族関係などに変更が生じた場合には、すみやかに当施設に届け出いただきますようお願い致します。
- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がな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。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、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ため、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。
- ・ 施設内での飲酒は禁止となっております。また施設内で指定の場所以外での喫煙は禁止いたしております。
- ・ 利用者は、火災又は盗難の予防に自ら努めていただきます。
- ・ 施設内の設備器具は本来の用法に従って利用するものとし、万一これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

- ・ 私物には必ず氏名を記入していただいております。
- ・ 金銭・貴重品の管理は原則自己管理でお願い致します。
- ・ 施設内へのペットの持ち込みは禁止いたしております。
- ・ その他、当施設が定める事項を厳守していただきます。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知設備
- ・ 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施設利用をしていただくために、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. 要望及び苦情等の相談

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 078-631-1777）

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、受付に備えつけられた「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。尚、事業所で解決できない苦情窓口として、下記の窓口を紹介いたします。

(介護保険サービスに関する苦情の受付)	
神戸市福祉局 監査指導部 (法人・施設指導担当)	連絡先 078-322-6242 受付時間 (平日) 8:45~12:00、13:00~17:30
(介護保険サービスの苦情について)	
兵庫県国民健康保険団体連合会	連絡先 078-332-5617 受付時間 (平日) 8:45~17:15
(介護保険全般に関するお問い合わせ)	
神戸市 高齢福祉部 介護保険課	連絡先 078-322-6228 受付時間 (平日) 8:45~12:00、13:00~17:30
(介護保険サービスの質や契約上のトラブルについて)	
神戸市消費生活センター	連絡先 078-371-1221 受付時間 (平日) 9:00~17:00

< 別紙 2 >

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
（令和 8 年 6 月 1 日現在）

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、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（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、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護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。当該介護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、介護サービス利用計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1) 介護給付の自己負担額

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって以下のとおり利用料が異なります。以下は 1 日あたりの自己負担金額です）

	1 時間以上 2 時間未満	2 時間以上 3 時間未満	3 時間以上 4 時間未満	4 時間以上 5 時間未満	5 時間以上 6 時間未満	6 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 8 時間未満
要介護 1	394 円	409 円	518 円	590 円	663 円	763 円	813 円
要介護 2	425 円	468 円	603 円	685 円	787 円	907 円	963 円
要介護 3	458 円	531 円	686 円	779 円	909 円	1,046 円	1,115 円
要介護 4	489 円	592 円	792 円	900 円	1,053 円	1,212 円	1,296 円
要介護 5	524 円	653 円	898 円	1,021 円	1,194 円	1,376 円	1,470 円

- * 入浴を行った場合は、入浴介助加算（Ⅰ）として 1 回につき 43 円、入浴介助加算（Ⅱ）として 1 回につき 64 円加算されます。
- * リハビリテーションマネジメント加算イの場合、6 月以内は 1 月につき 597 円、6 月超は 1 月につき 256 円加算されます。
- * リハビリテーションマネジメント加算ロの場合、6 月以内は 1 月につき 633 円、6 月超は 1 月につき 291 円加算されます。
- * リハビリテーションマネジメント加算ハの場合、6 月以内は 1 月につき 846 円、6 月超は 1 月につき 505 円加算されます。
- * 上記の各リハビリテーションマネジメント加算について、当該施設の医師が利用者または家族に対して説明を行い、同意を得た場合は 1 月につき 288 円加算されます。
- * 理学療法士等体制強化加算として利用時間 1 時間以上 2 時間未満の場合のみ、1 日につき 32 円加算されます。
- * リハビリテーション提供体制加算として以下の利用時間に応じて、1 日につき加算されます。
 - ・ 3 時間以上 4 時間未満 13 円
 - ・ 4 時間以上 5 時間未満 17 円
 - ・ 5 時間以上 6 時間未満 22 円
 - ・ 6 時間以上 7 時間未満 26 円
 - ・ 7 時間以上 30 円
- * 短期集中個別リハビリテーション実施加算として退院（所）3 月以内は 1 日につき 118 円加算されま

- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）として退院（所）又は通所開始日から3月以内は1日につき256円加算されます。（週に2日限度）
- * 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）として退院（所）又は通所開始日から3月以内は1月につき2,047円加算されます。
- * 若年性認知症利用者に対し、若年性認知症利用者受入加算として1日につき64円加算されます。
- * 栄養改善サービスを行った場合、栄養改善加算として3月以内に限り1月に2回を限度として、214円加算されます。
- * 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）の場合6月に1回を限度として、1回につき22円、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）の場合6月に1回を限度として、1回につき6円加算されます。
- * 栄養アセスメント加算として、1月につき54円加算されます。
- * 口腔機能向上サービスを行った場合、口腔機能向上加算（Ⅰ）として、3月以内に限り1月に2回を限度として160円、口腔機能向上加算（Ⅱ）イとして、3月以内に限り1月に2回を限度として166円、口腔機能向上加算（Ⅱ）ロとして、3月以内に限り1月に2回を限度として171円加算されます。
- * 要介護度3、4又は5であって厚生労働大臣が定める状態の場合、重度療養管理加算として1日につき107円加算されます。
- * 利用者の心身状況の情報を活用した場合、科学的介護推進体制加算として、1月につき43円加算されます。
- * サービス提供体制強化加算として、サービス体制強化加算（Ⅰ）の場合1日につき24円、サービス体制強化加算（Ⅱ）の場合1日につき20円、サービス体制強化加算（Ⅲ）の場合1日につき7円加算されます。
- * 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イとしてサービス給付単位数の10.3%、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロとしてサービス給付単位数の11.1%、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イとしてサービス給付単位数の10.0%、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロとしてサービス給付単位数の10.8%加算されます。

※上記のサービス利用負担金額は自己負担割合1割について記載したものであり、自己負担割合2割の場合は約2倍、自己負担割合3割の場合は約3倍の金額になります。

(2) 予防給付の自己負担額

施設利用料（要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月当たりの自己負担金額です）

- ・要支援1 2,418円
- ・要支援2 4,507円

- * 栄養改善サービスの提供 241円
- * 口腔機能向上加算（Ⅱ）の場合 171円
- * 一体的サービス提供加算 512円
- * 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 22円 ※6月に1回限度
- * 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 6円 ※6月に1回限度
- * サービス提供体制強化加算（Ⅰ）として、1月当たり94円加算（要支援1）、188円（要支援2）
- * サービス提供体制強化加算（Ⅱ）として、1月当たり77円加算（要支援1）、154円（要支援2）
- * サービス提供体制強化加算（Ⅲ）として、1月当たり26円加算（要支援1）、52円（要支援2）加算されます。
- * 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イとしてサービス給付単位数の10.3%、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロとしてサービス給付単位数の11.1%、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イとしてサービス給付単位数の10.0%、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロとしてサービス給付単位数の10.8%加算されます。

※上記のサービス利用負担金額は自己負担割合1割について記載したものであり、自己負担割合2割の場合は約2倍、自己負担割合3割の場合は約3倍の金額になります。

(3) 利用料

- ① 食費 昼食 650 円

※原則として食堂でお召し上がりいただきます。尚、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

- ② 日常生活品費

歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、石鹸、シャンプー等施設が準備したものをを使用する場合の費用であり、利用を希望される場合お支払いいただきます。

品 名	利用料	利用の場合 (○印)
歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤等	30 円/1 日	
石鹸・シャンプー等	30 円/1 日	
化粧品	実費	

- ③ 教養娯楽費 100 円/1 回

折り紙、習字、お花、絵画、粘土、刺繍等のクラブ活動等の材料費であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

- ④ 理美容代 実費 (1,800 円程度)
⑤ 基本時間外施設利用料 1 時間あたり 1,500 円

(4) 支払い方法

- 毎月 5 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の 15 日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。(施設の実状に合わせて利用日毎に精算する方法としても可)
- お支払い方法は、現金、銀行振込の方法があります。利用申込み時にお選びください。

個人情報の利用目的

(令和8年6月1日現在)

介護老人保健施設 フェニックス長田キュアセンターでは、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

[写真の利用目的]

- ・ 当施設で取得した写真のうち
 - －当施設の各種情報や資料等の提供・送付

介護老人保健施設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

介護老人保健施設フェニックス長田キュアセンターの施設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)を利用するにあたり、介護老人保健施設の施設通所リハビリテーション利用約款及び別紙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。

重要事項説明と確認

場 所：介護老人保健施設 フェニックス長田キュアセンター
日 時：令和 年 月 日 時 分
説 明 者：

令和 年 月 日

<利用者>

住 所
氏 名

印

<代理人>

住 所
氏 名

印

介護老人保健施設 フェニックス長田キュアセンター
管理者 出合 奈歩 殿

【本約款第5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9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

・氏 名	続柄 ()
・住 所	
・電話番号	携帯

・氏名	続柄 ()
・住所	
・電話番号	携帯

・氏名	続柄 ()
・住所	
・電話番号	携帯