

介護老人保健施設リハビリセンター章仁苑
通所リハビリテーション重要事項説明書
<令和7年4月1日現在>

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。※要介護認定をまだ受けていない方でも暫定サービスの利用は可能です。

1 通所リハビリテーション事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人章仁会
代表者名	理事長 佐竹辰男
所在地・連絡先	(住所) 三次市和知町11800番地21 (電話) 0824-66-2755 (FAX) 0824-66-1184

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	リハビリセンター章仁苑
所在地・連絡先	(住所) 三次市和知町11800番地21 (電話) 0824-66-2755 (FAX) 0824-66-1184
事業所番号	3451980027号
管理者の氏名	佐竹良子
利用定員	30名

(2) 事業の目的

通所リハビリテーションは、要介護状態及び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、通所リハビリテーション計画を立て実施し、利用者の心身の機能維持回復を図ることを目的とする。

(3) 運営の方針

- ① 当施設では、通所リハビリテーション計画に基づいて、理学療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能維持回復を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。
- ② 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ③ 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- ④ 当施設では、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」安らぎのある居心地のよい場所として過ごすことができるようサービス提供に努める。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。

(4) 事業所の職員体制

従業者の職種	員数	職務の内容
医師(管理者)	1人	施設の業務の統括及び通所者の療養介護
看護職員		通所者の看護等
介護職員	3人以上	通所者の介護等
療法士	1人以上	医師の指示により通所者等の個々のプログラムを作成し機能訓練等を行なう。

(5) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者(医師)	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で兼務
看護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で兼務
介護職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務
療法士	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で兼務
その他職員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で兼務

(6) 事業の実施地域

三次市(三和町, 作木町, 布野町, 君田町, 甲奴町を除く)
庄原市山内町, 平和町, 尾引町, 木戸町, 殿垣内町, 本郷町, 水越町, 高茂町

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(7) 営業日

営業日	営業時間
月~土	8:30~17:30
サービス提供時間	9:30~16:00

営業しない日	日曜日・1月1日~1月3日
--------	---------------

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:00～13:00 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です
入 浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機 能 訓 練	理学療法、作業療法、個別のリハビリ訓練により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復に努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行訓練用階段1台、移動式平行棒3台、起立補助台1台 交互牽引滑車運動器1台、マイクロ波治療器2台、ホットパック、ニューステップ等
レクリエーション	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健 康 チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

料金表の利用料金は、負担割合証の負担割合により決定します。

【基本額：自己負担額（負担割合が1割負担の方）】

○所要時間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
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

○所要時間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
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

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
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

○所要時間4時間以上5時間未満の場合

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
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

○所要時間5時間以上6時間未満の場合

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
--------------	--------------	--------------	--------------	----------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

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
----------------	----------------	----------------	------------------	------------------

【基本額：自己負担額（負担割合が 2 割負担の方）】

○所要時間 1 時間以上 2 時間未満

要介護 1 738 円	要介護 2 796 円	要介護 3 858 円	要介護 4 916 円	要介護 5 982 円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○所要時間 2 時間以上 3 時間未満

要介護 1 766 円	要介護 2 878 円	要介護 3 996 円	要介護 4 1,110 円	要介護 5 1,224 円
----------------	----------------	----------------	------------------	------------------

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護 1 972 円	要介護 2 1,130 円	要介護 3 1,286 円	要介護 4 1,486 円	要介護 5 1,684 円
----------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護 1 1,106 円	要介護 2 1,284 円	要介護 3 1,460 円	要介護 4 1,688 円	要介護 5 1,914 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護 1 1,244 円	要介護 2 1,476 円	要介護 3 1,704 円	要介護 4 1,974 円	要介護 5 2,240 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護 1 1,430 円	要介護 2 1,700 円	要介護 3 1,962 円	要介護 4 2,274 円	要介護 5 2,580 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

【基本額：自己負担額（負担割合が 3 割負担の方）】

○所要時間 1 時間以上 2 時間未満

要介護 1 1,107 円	要介護 2 1,194 円	要介護 3 1,287 円	要介護 4 1,374 円	要介護 5 1,473 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 2 時間以上 3 時間未満

要介護 1 1,149 円	要介護 2 1,317 円	要介護 3 1,494 円	要介護 4 1,665 円	要介護 5 1,836 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護 1 1,458 円	要介護 2 1,695 円	要介護 3 1,929 円	要介護 4 2,229 円	要介護 5 2,526 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護 1 1,659 円	要介護 2 1,926 円	要介護 3 2,190 円	要介護 4 2,532 円	要介護 5 2,871 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護 1 1,866 円	要介護 2 2,214 円	要介護 3 2,556 円	要介護 4 2,961 円	要介護 5 3,360 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護 1 2,145 円	要介護 2 2,550 円	要介護 3 2,943 円	要介護 4 3,311 円	要介護 5 3,870 円
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

○加算（1回につき）

<p>退院時共同指導加算</p> <p>病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導(※)を行った後に、当該者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。</p> <p>※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。</p>	1割負担
	600円
	2割負担
	1,200円
3割負担	
1,800円	

○加算（自己負担額:1日につき）

種 類	利 用 料		
	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算（Ⅰ）	40円	80円	120円
入浴介助加算（Ⅱ）	60円	120円	180円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円	36円	54円
短期集中リハビリテーション実施加算(退院・退所・認定後3月以内)	110円	220円	330円
<p>認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）</p> <p>退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断したのに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、リハビリテーションを集中的に行った場合。 ・1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。 	240円	480円	720円
若年性認知症利用者受入加算	60円	120円	180円
重度療養管理加算	100円	200円	300円
リハビリテーション提供体制加算			
3時間以上4時間未満	12円	24円	36円
4時間以上5時間未満	16円	32円	48円
5時間以上6時間未満	20円	40円	60円
6時間以上7時間未満	24円	48円	72円
<p>栄養スクリーニング加算</p> <p>指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合。6月に1回を限度とする。</p>	5円	10円	15円

○加算（自己負担額:1月につき）

<p><u>リハビリテーションマネジメント加算(ロ)</u> 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。</p> <p>(2) (1) における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。</p> <p>(3) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。</p> <p>(4) 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。</p> <p>(5) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して六月以内の場合にあっては一月に一回以上、六月を超えた場合にあっては三月に一回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。</p> <p>(6) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。</p> <p>(7) 利用者毎のリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。</p>	<p>開始月から6月以内</p> <p>1割負担 593円</p> <p>2割負担 1,186円</p> <p>3割負担 1,779円</p> <p>開始月から6月超</p> <p>1割負担 273円</p> <p>2割負担 546円</p> <p>3割負担 819円</p>
<p>事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合</p>	<p>上記に加えて 270 単位/月</p>
<p><u>認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)</u> 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 一月に四回以上リハビリテーションを実施すること。</p> <p>(2) リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。</p> <p>(3) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)、(ハ)を算定していること。</p>	<p>1割負担 1,920円</p> <p>2割負担 3,840円</p> <p>3割負担 5,760円</p>

○減算（1回につき）

送迎減算 送迎を行わない場合、片道につき	1割負担	-47円
	2割負担	-94円
	3割負担	-141円

(2) 介護予防給付対象サービス

○介護予防通所リハビリテーションの場合（自己負担額:1月につき）

【1割負担の方】

要支援1	2,268円	要支援2	4,228円
------	--------	------	--------

【2割負担の方】

要支援1	4,536円	要支援2	8,456円
------	--------	------	--------

【3割負担の方】

要支援1	6,804円	要支援2	12,684円
------	--------	------	---------

○長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化のための減算（自己負担額:1月につき）
指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行い算定基準を満たさなかった場合
算定基準

- ・3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
- ・利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

【1割負担の方】

要支援1	-120円	要支援2	-240円
------	-------	------	-------

【2割負担の方】

要支援1	-240円	要支援2	-480円
------	-------	------	-------

【3割負担の方】

要支援1	-360円	要支援2	-720円
------	-------	------	-------

○加算（自己負担額:1月につき）

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

【1割負担の方】

要支援1	72円	要支援2	144円
------	-----	------	------

【2割負担の方】

要支援1	144円	要支援2	288円
------	------	------	------

【3割負担の方】

要支援1	216円	要支援2	432円
------	------	------	------

種 類	利 用 料		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
若年性認知症受入加算	240 円	480 円	720 円

(3) 介護保険・介護予防給付共通

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 8.6%を加算
----------------	----------------

- ・ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくことになります。
- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- ・ 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。

(4) 介護保険給付対象外サービス

○ 食費

食事サービスを受ける方は、食費代として1回 680 円が必要となります。

○ 紙おむつ代・紙パンツ代・パット代

紙おむつ等を使用される方は、実費が必要となります。

○ 事業の実施地域外の送迎費

事業の実施地域以外の、地域に居住するご利用者に対して送迎を行う場合は、通常事業の実施地域を超えた地点から路程1キロメートル当たり 44 円の実費を負担いただきます。

○ 情報開示が必要な場合は、手数料 1,000 円と白黒コピー代 10 円/枚が必要です。

○ その他の費用

通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

通所リハビリテーションサービスの中で、希望により手芸などをされる場合は、実費が利用者の負担となります。

(5) 利用料金のお支払い方法

前記(1)～(4)の料金・費用は、翌月月初めに前月分の請求をいたしますので、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、領収書を発行致します。お支払方法は、現金及び広島銀行・郵貯銀行・三次農協の振込み及び自動引き落としの3方法があります。

郵 貯 銀 行 普通預金口座(口座番号15180-22584901)

口座名義 社会福祉法人 章 仁 会
理 事 佐 竹 辰 男

三次農業協同組合 東部支店 普通預金口座(口座番号0026491)

口座名義 社会福祉法人 章 仁 会
理 事 佐 竹 辰 男

広島銀行十日市支店 普通預金口座(口座番号1045720)

口座名義 社会福祉法人 章 仁 会
理 事 佐 竹 辰 男

※ なお、振込・自動引き落としの場合、金融機関手数料がかかります。

4 事故発生時の対応

通所リハビリテーションサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人及び家族に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

5 虐待防止のための取り組み

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者相談窓口	窓口責任者 事務長 中岡史生 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(0824-66-2755) 苦情箱(1階エレベーター前に設置)
苦情受付行政窓口	三次市高齢者福祉課介護保険係 受付時間 8:30～17:15 (12/29～1/3、土・日・祝祭日を除く) ご利用方法 電話(0824-62-6387) 広島県国民健康保険団体連合会 受付時間 8:30～17:15 (12/29～1/3、土・日・祝祭日を除く) ご利用方法 電話(082)554-0783
その他の苦情受付窓口	広島県社会福祉協議会(広島県福祉サービス適正委員会) 受付時間 8:30～17:15 (12/29～1/3、土・日・祝祭日を除く) ご利用方法 電話(0824-63-6284) *広島県福祉サービス適正委員会にご相談の際には事前に電話での予約が必要です。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあつた場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	
緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2個所
	避難階段	個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	29個所	消防署通報設備	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	三次消防署への届出日：平成30年6月1日 防火管理者：中岡史生			

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設リカバリーセンター章仁苑では、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

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 三次市和知町字歳政11800番地21
事業者(法人)名 社会福祉法人章仁会
施 設 名 介護老人保健施設
リハビリセンター章仁苑
(事業所番号) 3451980027号

代表者名 理事長 佐 竹 辰 男 印

説 明 者 職 名
氏 名 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

代理人(選任した場合) 住所
氏名 印