重要事項説明書

契 約 書

同 意 書

医療法人やわらぎ会

介護老人保健施設やわらぎ苑上磯

(通所)

介護老人保健施設（通所）重要事項説明書及び契約書

＜令和6年6月1日現在＞

1 ご利用施設

- 施設名称 医療法人やわらぎ会介護老人保健施設やわらぎ苑上磯
- 所在地 北斗市追分5丁目3番13号
- 介護保険指定事業者番号 第0151580040号
- 電話番号 0138-49-8080
- ファックス番号 0138-49-8525

2 事業の目的

介護老人保健施設は、利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援するなどの介護保険施設サービスを提供します。

そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。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といったサービスを提供し、在宅ケアを支援する事を目的とした施設です。

3 ご利用施設の概要

- 構造 鉄筋コンクリート造2階建て（耐火建築）
- 施設面積 敷地面積 6,612.00 m²
建築面積 3,681.95 m²
- 入所定員 80名 通所定員 60名
- 療養室の種類 1人部屋4室、2人部屋6室、4人部屋16室

【職員体制】

	常勤・非常勤	業務内容
医師	1以上	利用者の健康管理
看護職員	1以上	看護業務一般
薬剤師	—	
介護職員	6以上	介護業務一般
支援相談員	1以上	家族、関係機関との連絡調整
理学療法士	1以上	リハビリテーション
作業療法士		
言語聴覚士		
リハビリテーション助手	—	リハビリテーションの助手
管理栄養士	1以上	栄養管理・指導
事務職員	6以上	事務業務一般
その他	3以上	運転士

4 サービス内容

- (1) 通所リハビリテーション計画及び介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- (2) 食事（栄養士の作成したメニューを提供します。）
 昼食 11時45分～12時45分
- (3) 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者にはリフト浴槽で対応します。）
- (4) 健康管理（医師及び看護、介護職員により健康に留意いたします。）
- (5) 介護全般
- (6) 機能訓練（理学療法士・作業療法士・言語療法士による訓練を実施いたします。）
- (7) 相談援助サービス（在宅生活に関する悩みや、介護サービスに関する事、施設入所・通所に関する事など何でもご相談させていただきます。）
- (8) 栄養に関する相談
- (9) 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いたします。）
- (10) その他
 - ※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただく場合がありますので、具体的にご相談ください。
 - ※ 通所リハビリテーション利用者は、内服薬、外用薬等が変更になった場合、通所リハビリテーション職員に速やかに伝えてください。

5 非常災害対策

- 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- 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 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。尚、この他の事項については、契約書に示すとおりとします。

8 利用料金

別紙（通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ利用料金表）参照

9 緊急時の対応

- (1) 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、協力医療機関または、適正な医療機関での診療を依頼することがあります。
- (2) 当施設は、利用者に対し、当施設における介護保険施設サービスでの対応が困難な状態、

又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

(3) 前2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、利用者及び家族が指定するものに対し、緊急に連絡します。

10 事故発生時の対応

当施設は、利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、必要な措置を講じ、速やかに利用者及び家族が指定するものに対し、緊急に連絡します。

11 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、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 医療法人社団 函館脳神経外科病院
住所 函館市神山町1丁目4番12号

12 サービス内容に関する相談・苦情窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

- (1) 介護老人保健施設やわらぎ苑上磯 お客様窓口 支援相談員・事務長
電話 49-8080
E-mail roken@yawaragikai.com
- (2) 北斗市役所 民生部保健福祉課介護保険係
電話 73-3111 (内線 156~159)
- (3) 北海道国民健康保険団体連合会総務部介護保険課企画・苦情係
電話 011-231-5161 (内線 6111)

※ 苦情窓口については介護保険担当窓口で対応します。

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）利用契約書

（以下「甲」という。）と、医療法人やわらぎ会介護老人保健施設やわらぎ苑上磯（以下「乙」という。）は、当施設のサービスを利用するにあたり、次のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結します。

（契約の目的）

第1条 本契約は、介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、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に対し、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、居宅における生活への復帰を目指すことを目的とします。

（契約の期間）

第2条 本契約の有効期間は、契約日から利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。

但し、契約期間満了以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が変更された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

- 2 上記契約期間満了日の30日以上前に甲乙から特段の申し出がない場合、初回利用時の本契約書の提出をもって、契約更新したものとします。

（介護サービスの内容）

第3条 甲の指定する居宅介護支援事業所より提供された介護サービス計画（ケアプラン）に基づき、別紙「重要事項説明書」記載の各種介護サービスを提供します。

- 2 乙は、甲に対し、前条により甲のための介護サービス計画（ケアプラン）が作成されるまでの間は、甲がその有する能力に応じて自立した日常生活を送られるよう配慮し、適切な各種介護サービスを提供します。

（利用料）

第4条 甲は乙に対し、本契約書に基づく介護保険サービスの対価として、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甲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います。

- 2 乙は、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、甲及び甲の家族が指定する送付先に対し、毎月8日に送付します。なお、8日が土・日・祝日に当たる時は、その翌日とします。
- 3 甲は、乙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、8日前に支払うことは原則できないものとします。また、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るものとします。
- 4 乙は、甲又は甲の家族から、第1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、甲及び甲の家族が指定する送付先に対して、領収書を送付します。
- 5 乙は、甲の経済状態等に変動があった場合、利用料金を変更することがあります。

（身体的拘束等）

第5条 乙は、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、施設長（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。

（介護サービス記録）

第6条 乙は、甲に対する介護保険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2年間は保管します。

- 2 乙は、甲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、甲の家族及びその他の者に対しては、甲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。

（甲の解約権）

第7条 甲は乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合は3日間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解除されます。

- 2 乙が、介護保険法等関連諸法令及び本契約に定める債務を履行しなかった場合または不法行為を行った場合には、甲は乙に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合は、申し入れ時に契約解除となります。

（乙の解除権）

第8条 乙は、甲が次の各号に該当する場合には、この契約を解除することができます。

- ① 甲が要介護認定において自立と認定された場合。
- ② 甲の病状、心身状態等が著しく悪化し、乙において適切な介護保険サービスの提供を超える判断された場合。
- ③ 継続した利用が3ヶ月間なかった場合。
- ④ 甲が、本書に定める利用料金を3ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合、その他話し合いの機会に応じない場合。
- ⑤ 甲が、乙、乙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、施設を利用することができない場合。
- ⑦ 施設内での、利用者間での物品の受け渡しについて再三、乙より指示があった際に甲が従えない場合。

（契約の終了）

第9条 次の各号に該当する場合は、本契約は終了します。

- ① 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の2週間以上前までに甲から契約を更新しない旨の申し入れがあり、かつ契約期間を満了したとき。
- ② 要介護認定の更新において、甲が自立と認定されたとき。
- ③ 介護保険法等関係法令に改正及び変更があり契約の継続が困難になったとき。
- ④ 甲において、介護保健施設通所サービス提供の必要性がなくなったとき。
- ⑤ 甲が死亡したとき。
- ⑥ 甲について医療機関に入院する必要が生じ、その医療機関において甲を受け入れる態勢が整ったとき。
- ⑦ 甲について他の介護保険施設への入所が決まり、その施設において甲を受け入れる態勢が整ったとき。

(契約終了後の精算)

第10条 契約終了時、速やかに甲は当施設に対し利用料を清算します。

- 2 この契約の終了により、乙は居宅介護支援事業者又はその他の保健機関、医療機関、若しくは福祉サービス機関等と連携し、甲の生命・健康に支障のないよう必要な援助を行います。

(秘密の保持)

第11条 乙及び乙の職員は、正当な理由がない限り、甲に対する介護サービスの提供にあたって知り得た甲、甲の家族または身元引受人の秘密を漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、乙は甲及び甲の家族から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

- 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。

(事故発生時及び緊急時の対応)

第12条 乙は、甲に対し、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 乙は、甲に対し、乙における介護保険サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- 3 前2項のほか、利用中に甲の心身の状態が急変した場合、乙は、甲及び甲の家族が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(サービスに関する苦情処理)

第13条 甲、甲の後見人、甲の家族または身元引受人は、乙が提供する介護サービス等に疑問や苦情がある場合、別紙「重要事項説明書」記載の苦情受付窓口にお問い合わせ及び申し立てることができます。その場合、乙はすみやかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無並びに改善の方法について適切に対処するように努めます。

- 2 乙は甲、甲の後見人、甲の身元引受人から前項の疑問問合せ及び苦情申立がなされたことをもって、甲に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

(損害賠償)

第14条 介護保険サービスの提供に伴って乙の責に帰すべき事由によって、甲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 甲の責に帰すべき事由によって、乙が損害を被った場合、甲及び甲の家族は、連帯して、乙に対して、その損害を賠償するものとします。

(身元引受人)

第15条 乙は甲に対し、甲の身元引受人を求めます。但し身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。

- 2 身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- ① 契約終了の場合、乙と連携して甲の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
- ② 甲の乙に対する支払いが滞った場合は、甲とともにその支払いの連帯保証をすること。
- ③ 甲が本約上、乙に対して負担する一切の債務を極度額20万円の範囲内で、甲と連帯して支払う責任を負うこと。

(合意管轄)

第16条 本契約に起因する紛争に関しては訴訟の必要性が生じたときは、函館地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、乙、甲及び甲の家族は予め合意します。

(契約に定めのない事項)

第17条 この契約に定めのない事項について疑義が発生したときは、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲、甲の後見人、甲の家族及び身元引受人と乙の間で協議の上誠意を持って解決するものとします。

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

1 使用する目的

介護保険サービスの利用のための市町村、居宅支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、在宅療養に必要となる、医療機関等への療養情報の提供。

2 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者。

3 使用する期間

契約で定める期間。

4 使用にあたっての条件

(1) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

(3) 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。

なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守すること。

5 個人情報の内容（例示）

(1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が施設サービス支援を行う為に最低限必要な利用者や家族・個人に関する情報。

認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見、介護保険サービス提供時 個人調査票、サービス計画、ホームページ等への掲載。

(2) その他の情報

重要事項説明書、契約書及び個人情報使用同意書に基づいて説明をさせていただきました。

令和 年 月 日

北斗市追分5丁目3番13号
介護老人保健施設やわらぎ苑上磯
理事長 枝澤 寛

説明者 _____

本契約を証するため、甲乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通、保有します。

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

(利用者 甲) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

代 筆 者 _____ 続柄 () _____

代筆理由：手が不自由 視力低下 身体機能低下

認知症 その他 () _____

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

(身元引受人) 住 所 _____

氏 名 _____

甲との続柄 () _____

電話番号 () _____

当施設は、甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

(事業者 乙) 所 在 地 北斗市追分5丁目3番13号

名 称 医療法人やわらぎ会

介護老人保健施設やわらぎ苑上磯

理 事 長 枝 澤 寛

電話番号 0138(49)8080

〔請求書・明細書及び領収書の送付先〕

住 所	
氏 名	(続柄)
電話番号	

〔緊急時の連絡先〕

住 所	
氏 名	(続柄)
電話番号	

通所リハビリ及び介護予防通所リハビリ利用料金表
通所リハビリの場合

1. 基本料金（一割負担表記）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

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によって利用料が異なります。

以下は1日当たりの自己負担分です。）

①大規模型 I

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	357円	388円	415円	445円	475円
2時間以上3時間未満	372円	427円	482円	536円	591円
3時間以上4時間未満	470円	547円	623円	719円	816円
4時間以上5時間未満	525円	611円	696円	805円	912円
5時間以上6時間未満	584円	692円	800円	929円	1,053円
6時間以上7時間未満	675円	802円	926円	1,077円	1,224円
7時間以上8時間未満	714円	847円	983円	1,140円	1,300円

※サービス実施地域以外の方は、上記金額に5%加算されます。

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、

3ヶ月以内に限り、上記金額に3%加算されます。

②通常規模型

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
2時間以上3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
3時間以上4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
4時間以上5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
5時間以上6時間未満	622円	738円	852円	987円	1,120円
6時間以上7時間未満	715円	850円	981円	1,137円	1,290円
7時間以上8時間未満	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円

※サービス実施地域以外の方は、上記金額に5%加算されます。

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、

3ヶ月以内に限り、上記金額に3%加算されます。

- ① 理学療法士等体制強化加算 30 円/日
- ② 基本時間外施設利用料 1 時間あたり 50 円
- ③ リハビリテーション提供体制加算
 通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる額が加算されます。
3 時間以上 4 時間未満の場合	12 円/日
4 時間以上 5 時間未満の場合	16 円/日
5 時間以上 6 時間未満の場合	20 円/日
6 時間以上 7 時間未満の場合	24 円/日
7 時間以上 8 時間未満の場合	28 円/日
- ④ 入浴介助加算
加算Ⅰ	40 円/日
加算Ⅱ	60 円/日
- ⑤ リハビリテーションマネジメント加算イ 560 円/月（同意月から 6 ヶ月以内）
 240 円/月（同意月から 6 ヶ月超）
- リハビリテーションマネジメント加算ロ 593 円/月（同意月から 6 ヶ月以内）
 273 円/月（同意月から 6 ヶ月超）
- リハビリテーションマネジメント加算ハ 793 円/月（同意月から 6 ヶ月以内）
 473 円/月（同意月から 6 ヶ月超）
- ※医師が利用者またはその家族に説明した場合、上記に加えて 270 円加算されます。
- ⑥ 短期集中個別リハビリテーション実施加算 110 円/日（退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内）
- ⑦ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（退院(所)日又は認定日から 3 ヶ月以内）
加算Ⅰ	240 円/日（週 2 回まで）
加算Ⅱ	1,920 円/月
- ⑧ 生活行為向上リハビリテーション実施加算 1,250 円/月（開始月から 6 ヶ月以内）
- ⑨ 若年性認知症利用者受入加算 60 円/月
- ⑩ 栄養アセスメント加算 50 円/月
- ⑪ 栄養改善加算（3 ヶ月以内、月 2 回まで） 200 円/月
 3 ヶ月を超えた場合であっても栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、継続して栄養改善サービスが必要とされる方は、引き続き月 2 回まで加算されます。

⑫ 口腔・栄養スクリーニング加算（6ヶ月に1回）

加算Ⅰ 20円/回

加算Ⅱ 5円/回

⑬ 口腔機能向上加算（3ヶ月以内、月2回まで）

加算Ⅰ 150円/回

加算Ⅱイ 155円/回

加算Ⅱロ 160円/回

3ヶ月を超えた場合であっても口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、継続して口腔機能向上サービスが必要とされる方は、引き続き加算されます。

⑭ 重度療養管理加算 100円/日

⑮ 中重度者ケア体制加算 20円/日

⑯ 科学的介護推進体制加算 40円/月

⑰ 退院時共同指導加算（当該退院につき1回を限度） 600円/回

⑱ 移行支援加算 12円/日

⑲ サービス提供体制加算

加算Ⅰ 22円/日

加算Ⅱ 18円/日

加算Ⅲ 6円/日

⑳ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

所定単位数に8.6%を乗じた金額が加算されます。

2. その他の料金（自費負担表記）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

(1) 食費（1日当たり） 570円

※ 当日欠席（前日の17時以降キャンセル）された場合は請求させていただきます。

※ 施設利用中の食事は、できるだけ施設の提供する食事を摂取して下さい。

ご持参した食事を摂取して事故等があった場合は施設では一切責任を負いません。

※ 昼食をとらずおやつを摂取される方は80円請求させていただきます。

(2) 治療食費（1日当たり） 70円

疾病治療用の食事等を選定される場合に請求させていただきます。

(3) 日常生活用品費（1日当たり） 200円

(4) 教材費等実費とさせていただきます。

3. 支払い方法

(1) 毎月 8 日までに、前月分の請求書を発行いたします。(ただし、土・日・祝日に当たる時は、その翌日とします)。その月の 15 日までにお支払いください。なお、8 日前に支払う事は原則できません。お支払いを確認いたしまして領収書を発行いたします。

(2) お支払方法は、現金・銀行振込の 2 方法があります。

介護予防通所リハビリの場合

1. 基本料金（一割負担表記）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 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によって利用料が異なります。
以下は1日当たりの自己負担分です。）
要支援1	2,268円/月
要支援2	4,228円/月
- ※サービス実施地域以外の方は、上記金額に5%加算されます。
※12カ月以上継続してご利用され、所定の要件を満たさない場合、以下の金額が減算されます。
要支援1	-120円/月
要支援2	-240円/月
- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算 562円/月（開始月から6ヶ月以内）
- ② 若年性認知症利用者受入加算 240円/月
- ③ 退院時共同指導加算（当該退院につき1回を限度） 600円/回
- ④ 栄養アセスメント加算 50円/月
- ⑤ 栄養改善加算（3ヶ月以内、月2回まで） 200円/月
3ヶ月を超えた場合であっても栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、継続して栄養改善サービスが必要とされる方は、引き続き月2回まで加算されます。
- ⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算（6ヶ月に1回）
加算Ⅰ	20円/回
加算Ⅱ	5円/回
- ⑦ 口腔機能向上加算（3ヶ月以内、月2回まで）
加算Ⅰ	150円/回
加算Ⅱ	160円/回
- 3ヶ月を超えた場合であっても口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、継続して口腔機能向上サービスが必要とされる方は、引き続き加算されます。
- ⑧ 一体的サービス提供加算 480円/月
- ⑨ 科学的介護推進体制加算 40円/月

⑩ サービス提供体制加算

	要支援1	要支援2
加算Ⅰ	88 円/月	176 円/月
加算Ⅱ	72 円/月	144 円/月
加算Ⅲ	24 円/月	48 円/月

⑬ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

所定単位数に 8.6%を乗じた金額が加算されます。

2. その他の料金（自費負担表記）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

① 食 費（1 日当たり） 570 円

※ 当日欠席（前日の 17 時以降キャンセル）された場合は請求させていただきます。

※ 施設利用中の食事は、できるだけ施設の提供する食事を摂取して下さい。

ご持参した食事を摂取して事故等があった場合は施設では一切責任を負いません。

※ 昼食をとらずおやつを摂取される方は 80 円請求させていただきます。

② 治療食費（1 日当たり） 70 円

糖尿病食、腎臓食、脂質異常症食等を選定される場合に請求させていただきます。

③ 日常生活用品費（1 日当たり） 200 円

④ 教材費等実費とさせていただきます。

3. 支払い方法

(1)毎月 8 日までに、前月分の請求書を発行いたします。（ただし、土・日・祝日に当たる時は、その翌日とします）。その月の 15 日までにお支払いください。なお、8 日前に支払う事は原則できません。お支払いを確認いたしまして領収書を発行いたします。

(2)お支払方法は、現金・銀行振込の 2 方法があります。