

保険外負担について

下記の施設給付費及び施設医療費の給付対象とならないサービス提供をご希望される場合には、実費にて料金をお支払いいただきます。

他科医療費 (当施設医療費以外)	・ 当施設以外の医療機関受診（実費負担） ・ 定期健康診断（血液検査を含む）に含まれない生活習慣病検査、人間ドッグ費用（実費負担） ※補装具給付を希望される場合は医師の意見書の交付を受けた後、扶養義務者等で所管市町村へ申請して下さい。
洗濯料	・ 衣類洗濯 200円／日額 ※入院基本料に含まれる寝具以外の洗濯
おむつ料 (おむつ及び尿取りパッド費用)	・ 施設準備品を使用する場合 各製品1袋使用ごとに請求させていただきます。 おむつ 1袋 2,530円 はくパンツ 1袋 1,540円 長時間尿取りパッド 1袋 711円 尿取りパッド 1袋 1,133円
散髪料立替	・ 訪問散髪 月1回（実費）
書類作成料（都度支払い）	・ 一般診断書 1通 3,000円（身体障害者手帳書き換え用含む） ・ 年金等申請の為の診断書 1通 初回10,000円 継続 5,000円 ・ 成年後見人申請用診断書 1通 5,000円 ・ 死亡診断書 1通目 3,000円、2通目以降 1,000円
その他	・ 寝間着代（死亡時） 2,500円 ・ 個人用テレビ使用料（希望者） 500円（月額） 〈以下は実費をご請求致します。〉 化粧品、ひげ剃り（電気シェーバー）、タクシー等の利用、所有品の処分（粗大ごみの場合）、クリーニング ※料金を掲示したもの以外に、ご利用者からの特段の希望、依頼により購入する日常生活品等については実費をいただきます。 〈以下は当施設が負担します〉 ・ シャンプー、リンス、バスタオル、歯ブラシ、歯磨き粉、生理用品（ご希望がある場合はご購入の上、ご持参ください） ・ 預り金管理規定に基づく、契約上の管理事務費 ・ 文書コピー費用、郵送費用