

福祉用具貸与事業所・介護予防福祉用具貸与事業所重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 福祉用具貸与事業の指定番号及び提供地域

事業所名	福祉用具貸与事業所 きぼう
所在地	山梨県笛吹市石和町四日市場2031 TEL:055-261-1602 FAX:055-261-1637
管理者	依田 祐之
介護保険指定番号	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 1971801327
サービスを提供する地域	山梨県全域

(2) 同事業所の職員体制

職務内容	勤務体制	業 務 内 容
管理者	常勤1名	管理統括・その他
専門相談員	常勤7名	納入出・組立て・契約・請求・その他

(3) 営業時間

月～金曜日 8時30分～17時30分 ただし祝祭日と12月29日～1月3日は休み

2. サービス利用料金

ご利用料金	当社レンタルサービスカタログによる
その他の費用	契約者の都合によるレンタル福祉用具の移動、有料道路の使用料及び特別な措置が必要な搬入出の場合はレンタル利用表にてお知らせします。
お支払方法	原則、口座引落しとなります。(引落し手数料は当社負担) 生活保護等の給付・その他の集金方法につきましては、公的機関の指示により集金を命じられた場合のみ、集金をいたします。

※利用者負担金は、介護保険負担割合証記載の負担割合1～3割を請求いたします。

※居宅サービスを作成しない場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用料全額を支払い、その後ご利用者が市町村に対して保険給付分を請求することになります。

貸与開始時に契約書を取り交わしますが、その時に受給資格を確認いたします。

貸与料金請求については、1ヶ月単位ですが、開始月と終了月の利用料金は下記のとおりです。

①請求開始月について

開始月の月初～15日で貸与開始
1か月の利用料

開始月の16日～月末で貸与開始
半額の利用料

②請求終了月について

終了月の月初～15日で貸与終了
半額の利用料

終了月の16日～月末で貸与終了
1か月の利用料

※ただし、レンタルの開始と終了が同月の場合、1か月分全額をご負担いただきます。

3. キャンセル・交換・解約

キャンセル	契約者は、レンタル福祉用具が納入される前に契約をキャンセルすることができます。キャンセル料は請求されませんが、速やかなる連絡をお願いします。
交 換	契約者は、レンタル福祉用具の交換を必要とする場合には、本契約を解約し新たに契約を締結することができます。この場合には、契約者は契約終了を希望する1週間前までに事業者へ通知するものとします。
解 約	利用者の入院等、契約を継続することができない事情が生じた場合、またレンタル福祉用具の交換に緊急を要する場合には、事前の通知がなくても本契約を解約することができます。

4. 当社の福祉用具レンタルサービスの特長

サービス向上のため、年3回のフォローアップ研修を実施いたします。

5. サービス内容に関する相談や苦情

①当社の福祉用具レンタルサービスに関する相談、苦情を下記「お客様係」が承ります。

お客様係	福祉用具貸与事業所 きぼう 電話 055-261-1602 営業: 依田・関口・内藤・杉本・安藤・小林・市川 事務: 武川・鈴木
------	---

②その他、当社以外に市町村の介護保険相談窓口や、山梨県国民健康保険団体連合会の窓口に苦情を申し立てることもできます。

保険者	各市町村 介護保険担当へお問合せください
国民健康保険団体連合会	甲府市蓬沢1-15-35 TEL 055-233-9201

6. 事故・苦情等発生時の対応

- ①事故・苦情等があった場合、担当者は直ちに相手方と連絡をとり、詳しい事情を訊くと共に、管理者に報告、管理者の判断の下に速やかに対処、処理を行ないます。また相手方に経過の説明をします。
- ②担当者は管理者に対処、処理の報告をおこない、事故・苦情の原因を解明すると共に、記録を作成、保存し再発防止に努めます。
- ③当社は賠償すべき事態において速やかに賠償を行なうため、損害賠償保険に加入しています。

7. 当社の概要

法人名称 株式会社サンライフ壽

所在地 山梨県笛吹市石和町四日市場 2031番地24

電話・FAX 電話 055-261-1602 FAX 055-261-1637

定款の目的に定めた事業: 貸与事業(予防含む)、特定福祉用具販売(予防含む)、その他の事業

サービス契約の締結にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業所 福祉用具貸与事業所 きぼう
山梨県笛吹市石和町四日市場 2031



説明者

印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

年 月 日

契約者 氏 名 印

住 所

電話番号

代理人 氏 名 印

住 所

電話番号