

重要事項説明書

(福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話番号・・・0269-24-6775

営業時間・・・月曜日～金曜日（午前9時～午後6時まで）

2. サクラケア中野店(介護予防)福祉用具貸与の概要

1) (介護予防)福祉用具貸与事業所の指定番号およびサービスの提供地域

事業所名 サクラケア中野店

所在地 中野市新井608-5

介護保険指定番号 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 2071100230

サービスを提供する地域 長野県全域

2) 同事業所の職員体制

①管理者1名 ②福祉用具専門相談員 2名以上〔常勤〕

3) 営業時間

月曜日～金曜日・・・午前9時～午後6時

*土曜、日曜、祝日、年末年始（12月30日～1月3日）は休業させていただきます。

4) 緊急連絡

時間外（9：00～18：00以外）休日の緊急時の連絡は、

0269-24-6775へお願いします。

3. 取り扱う種目

厚生労働大臣が定める福祉用具貸与13品目

車椅子・車椅子付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・

手すり・スロープ・歩行器・歩行補助杖・認知症老人徘徊検知機器・移動用リフト（つり具の部分を除く）・自動排泄処理装置

4. 利用料金

1) 利用料

①介護報酬の告示上の額

②福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合の当該措置に要する費用は、その実費をご請求申し上げます。

③ 前2項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又は、その家族に対して事前に文章で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受ける事とします

④ 負担割合が変更になった場合はその割合を適用いたします。

2) 交通費

前記2の1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、交通費の実費が必要です。(25円/km)

3) お支払い方法

月末の精算とし、毎月27日に当月分をご請求申し上げます。翌月10日までにお支払い下さい。契約終了の申し出がない場合は、更に1ヵ月間自動的に更新されるものとし、以後についても同様とします。

5. サービスの利用方法

1) サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込み下さい。当社職員がお伺いいたします。

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

電話にて、お申し出下さればいつでも解約できます。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむをえない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、1ヵ月間の予告期間をおいて通知すると

ともに、サービス提供地域の他の(介護予防)福祉用具貸与事業者をご紹介します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合。
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・ お客様がお亡くなりになった場合。

その他

- ・ お客様やご家族等が当社や当社の福祉用具専門相談員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 経年使用による通常損耗(畳や壁の変色、床材、カーペットの押跡、突っ張り型手すり設置による天井のすり汚れ等)の補修はいたしかねます。
- ・ 以下レンタル契約書に基づくとおりとします。

6. 事故発生時の対応

指定居宅サービスの提供によりお客様に対する事故が発生した場合には、速やかにご家族・ご担当居宅介護支援専門員・市町村(事態により)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. サービス内容に関する苦情・相談・ご不明な点をご連絡下さい。

当社お客様相談受付時間(営業日の9:00~18:00)

苦情相談窓口	苦情担当者	徳竹 史行	電話
	長野県国民保険連合会		026-238-1555
	中野市高齢者支援課		0269-22-2111
	長野市介護保険課		026-224-7891
	須坂市福祉課		026-248-9003
	飯山市役所 保健福祉課		0269-62-3111
	小布施町役場		026-247-3111
	高山村健康福祉総合センター		026-242-1200
	山ノ内町役場健康福祉課		0269-33-3116
	木島平村役場		0269-82-3111
	野沢温泉村役場		0269-85-3111

以上、(介護予防)福祉用具貸与サービスの提供にあたり、お客様に対して契約書および本書面に基いて重要な事項を説明致しました。

事業者 所在地 中野市新井608-5
名称 サクラケア中野店

説明者 所属 サクラケア中野店
氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から(介護予防)福祉用具貸与サービスについての重要事項説明を受けました。また、取扱説明書を受け取り、用具を使用しながらその説明を受けました。よって用具の取り扱い、注意事項についても十分に理解いたしました。

年 月 日

契約者 住所

氏名

代理人 住所

氏名

成年後見人もしくは立会人 住所

氏名

重要事項説明書

(特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)

<令和6年4月1日>

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話番号・・・・・・・・・・ 0269-24-6775

営業時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後6時まで

2. サクラケア中野店特定(介護予防)福祉用具販売の概要

1) 特定(介護予防)福祉用具販売の指定番号およびサービスの提供地域

事業所名 サクラケア中野店

所在地 中野市新井608-5

介護保険指定番号 特定(介護予防)福祉用具販売207110023

サービスを提供する地域 長野県全域

2) 同事業所の職員体制

①管理者1名〔常勤〕②福祉用具専門相談員 2名以上〔常勤〕

3) 営業時間

平日・・・・・・・・午前9時～午後6時

*土曜、日曜、祭日、年末年始(12月30日～1月3日)は休業させていただきます。

4) 緊急連絡

休日の緊急時の連絡は、

0269-24-6775へお願いします。

3. 取り扱う種目

厚生労働大臣が定める特定(介護予防)福祉用具

腰掛便座・特殊尿器・入浴補助用具(入浴用いす・浴槽用手すり・浴槽内いす

入浴台・浴室内すのこ・浴槽内すのこ・入浴用介助ベルト)簡易浴槽

移動用リフトのつり具部分・自動排泄処理装置の部品

固定用スロープ・歩行器(歩行車を除く)・多点杖及び単点杖(松葉杖を除く)

4. 購入費

1) 購入費

①当社カタログ(目録)に表記の額(ご利用者負担割合が変更になった場合、その割合を適用致します。)

②福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合の当該措置に要する費用は、その実費をご請求申し上げます。

③前2項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又は、その家族に対して事前に文章で説明した上で、支払いに同意する旨の本書面に署名を受ける事とします。

2) 交通費

前記2の1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、交通費の実費が必要です。(25円/km)

5. サービスの利用方法

1) サービスの提供

まずはお電話でお申し込み下さい。

ご利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえ、

特定(介護予防)福祉用具を適切に選定しご契約(注文)頂きます。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。(支援計画書の複写用紙が必要となります。)

※ 被保険者証をご提示下さい。

2) サービス困難時の対応

お客様のご都合で解約する場合

商品注文後 1 週間以内に文章でお申し出下さい。

6. 事故発生時の対応

指定居宅サービスの提供によりお客様に対する事故が発生した場合には、速やかにご家族・ご担当居宅介護支援専門員・市長村(事態により)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. サービス内容に関する苦情・相談・ご不明な点をご連絡下さい。

当社お客様相談受付時間 (営業日の 9:00~18:00)

苦情相談窓口	苦情担当者	徳竹 史行	電話	0 2 6 9 - 2 4 - 6 7 7 5
	長野県国民保険連合会		0 2 6	— 2 3 8 — 1 5 5 5
	中野市高齢者介護課		0 2 6 9 - 2 2 - 2 1 1 1	(代表)
	飯山市保健福祉課		0 2 6 9 - 6 2 - 3 1 1 1	(代表)
	須坂市高齢者福祉課		0 2 6 - 2 4 5 - 1 4 0 0	
	長野市介護保険課		0 2 6 - 2 2 4 - 6 1 1 0	
	小布施町役場		0 2 6 - 2 4 7 - 3 1 1 1	
	高山村健康福祉総合センター		0 2 6 - 2 4 2 - 1 2 0 0	
	山ノ内町役場健康福祉課		0 2 6 9 - 3 3 - 3 1 1 6	
	木島平村役場		0 2 6 9 - 8 2 - 3 1 1 1	
	野沢温泉村役場		0 2 6 9 - 8 5 - 3 1 1 1	

以上、特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売のサービス提供にあたり、お客様に対して本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 中野市新井 6 0 8 - 5
名称 サクラケア中野店

説明者 所属 サクラケア中野店
氏名

私は、売買行為の時、本書面により事業者から特定(介護予防)福祉用具販売サービスについての重要事項の説明、及び使用説明書を受け取り事故防止の為、危険行為等の説明と用具を使用しながらその取り扱い説明を受け、同意しました。

契約者 住所

氏名

代理人 住所

氏名

成年後見人もしくは立会人 住所

氏名