

# 重 要 事 項 説 明 書

(福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)

<令和元年5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・・・・・・・・・・0267-64-5115

営業時間 (月～金曜日 午前9時～午後6時まで)  
(土曜日 午前9時～午後3時まで)

## 2. サクラケア佐久店福祉用具貸与の概要

- 1) 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 サクラケア佐久店  
所在地 長野県佐久市中込 3639-3  
介護保険指定番号 福祉用具貸与 長野県 2071700690  
サービスを提供する地域 長野県内全域
- 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・・・・・・午前9時～午後3時  
\*日、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  
時間外(9:00～18:00以外) 休日の緊急時の連絡は  
0267-64-5115 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書で説明した上で、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。
- 3) お支払い方法  
月毎の精算とし、レンタル契約書(支払方法)に基づきお支払下さい。契約終了の申し出がない場合は、更に1ヶ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。
- ・ 上記2項の場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様がお亡くなりになった場合。

④ 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。

当社お客様苦情相談窓口 担当者 細萱 弘道 電話 0267-64-5115

その他の窓口	長野県国民保険連合会	026-238-1555
	小諸市高齢福祉課（代表）	0267-22-1700
	佐久市介護保険課（代表）	0267-62-2111

※サービスの第三者評価の実施状況（実施無）

以上、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	長野県佐久市中込 3639-3
	名称	サクラケア佐久店 印
説明者	所属	サクラケア佐久店
	氏名	印

私は、契約書および本書面により、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の説明、及び使用説明書を受け取り器具を使用しながらその説明を受けました。

契約者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
(経年後見人・立会人)	氏名	印

# 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)

<令和元年5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・・・・・・・・・・・・・0267-64-5115

営業時間・・・・・・・・・・ (月～金曜日 午前9時～午後6時まで)  
(土曜日 午前9時～午後3時まで)

## 2. サクラケア佐久店特定(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 サクラケア佐久店

所在地 佐久市中込3639-3

介護保険指定番号 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売 2071700690

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

平日・・・午前9時～午後6時 土曜日・・・午前9時～午後3時

\*日、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

時間外(9:00～18:00以外) 休日の緊急時の連絡は、

0267-64-5115 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福祉用具・特定予防福祉用具

腰掛便座・入浴補助用具(入浴いす・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)・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交換可能部品

## 4. 利用料金

1) 利用料

①介護報酬の告示上の額(個々の販売費用の額は、目録に記載)

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ご契約書(注文書)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

① お客様のご都合で解約する場合

ご契約（注文）後1週間以内に文章でお申出下さい。

② 当社の都合でご契約できない場合

人員不足等やむをえない事情により、サービスの提供をお断りいただく場合がございます。その場合は、通知するとともに、サービス提供地域の他の事業者をご紹介いたします。

③ 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、即座にサービスをお断りさせていただく場合がございます。

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・ご不明な点はご連絡下さい。

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	細萱弘道	電話	0267-64-5115
		長野県国民保険連合会		026-238-1555
		佐久市介護保険課		0267-62-2111 代表
		小諸市高齢者福祉課		0267-22-1700 代表

※サービスの第三者評価の実施状況(実施無)

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	佐久市中込	3639-3		
	名称	サクラケア佐久店			印
説明者	所属	サクラケア佐久店			
	氏名				印

私は、本書面により、事業者から特定福用具販売・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、共に、用具についての取扱・注意事項の説明を受けながら、取扱説明書を受理いたしました。

契約者	住所		
	氏名		印

代理人	住所		
	氏名		印

成年後見人もしくは立会人	住所		
	氏名		印