

# 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 7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 . . . . . 0266-52-4117

営業日時 (月～金曜日 午前9時～午後6時まで)

### 2. サクラケア 諏訪店 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 サクラケア諏訪店

所在地 長野県 諏訪市大字中洲字三ツ俣5709-24

介護保険指定番号 福祉用具貸与 長野県 2070601022

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

月～金曜日 . . . . . 午前9時～午後6時

\*土・日曜日・祭日・年末年始(12月29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、

**0266-52-4117**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  
歩行者・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(利用料は負担割合によります。負担割合が変更になった場合は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文章に署名(記名押印)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)

#### 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)に基づきお支払い下さい。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。

#### 4) 毎月の請求書の発行・郵送はおこなっておりません。ご契約時に交付されたレンタル契約書が請求書の役割を果たします。

### 5. サービスの利用方法

#### 1) サービスの利用開始

まずは、お電話等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ヶ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. 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・御担当居宅介護支援専門員・市長（事態により）等に連絡を行なうと共に、必要な処置を講じます。

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・苦情担当

苦情相談窓口	担当者	百瀬将晃	0266-52-4117
長野県国民保険連合会			026-238-1580
諏訪広域連合介護保険課			0266-82-8161
岡谷市役所			0266-23-4811
諏訪市役所			0266-52-4141
茅野市役所			0266-72-2101
下諏訪町役場			0266-27-1111
富士見町役場			0266-62-9133
原村役場			0266-79-7703

以上、福祉用具貸与（介護予防）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。

年 月 日

事業者

所在地 諏訪市大字中洲字三ツ俣5709-24  
名称 サクラケア諏訪店

説明者 所属 サクラケア諏訪店  
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・・・・・・・・・・0266-52-4117  
営業時間 (月~土曜日 午前9時~午後6時まで)
2. サクラケア諏訪店特定(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 サクラケア諏訪店  
所在地 諏訪市中洲5709-24  
介護保険指定番号 特定(介護予防)福祉用具販売 2070601022  
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  
\*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  
休日の緊急時の連絡は、  
0266-52-4117 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	百瀬 将晃	電話	0 2 6 6 - 5 2 - 4 1 1 7
	長野県国民保険連合会		0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5	
	諏訪広域連合介護保険課		0 2 6 6 - 8 2 - 8 1 6 1	
	岡谷市役所		0 2 6 6 - 2 3 - 4 8 1 1	
	諏訪市役所		0 2 6 6 - 5 2 - 4 1 4 1	
	茅野市役所		0 2 6 6 - 7 2 - 2 1 0 1	
	下諏訪町役場		0 2 6 6 - 2 7 - 1 1 1 1	
	富士見町役場		0 2 6 6 - 6 2 - 9 1 3 3	
	原村役場		0 2 6 6 - 7 9 - 7 7 0 3	

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 諏訪市大字中洲字三ツ俣 5709-24  
名称 サクラケア諏訪店

説明者 所属 サクラケア諏訪店  
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