

(介護予防) 福祉用具貸与サービス重要事項説明書

レンタルサービス利用契約の締結にあたり、下記の者が重要事項を説明しました。

福祉用具専門相談員 高島 正憲

1 事業所の概要

事業所名	福祉用具 Moon
所在地	〒760-0079 香川県高松市松縄町 40 番 43-6
介護保険指定番号	(介護予防) 福祉用具貸与 3770111551
管理者・連絡先	高島 正憲・TEL 090-2784-7261
サービス提供地域	香川県全域

2 事業所の職員体制等

職種	福祉用具専門相談員
管理者	高島 正憲
専門相談員	高島 正憲

3 営業日・営業時間

営業日	月曜日～金曜日 土日祝休み	営業時間	8:30～17:30
-----	---------------	------	------------

注) 休暇 (5/3～5/5) (8/13～8/15)、年末年始休暇 (12/28～1/3) も休業とする。

4 利用者負担金

(1) 介護保険の適用がある場合は、料金表のサービス費の 1 割又は 2 割・3 割が利用者負担金となります。

レ	種 目	品 名	単価 (月額)	個数	利用料 (10 割)	利用者負担額
ン タ ル 商 品 お よ び 利 用 料	車いす					
	車いす付属品					
	特種寝台					
	特殊寝台付属品					
	特殊寝台付属品					
	手すり					
	手すり					
	スロープ					
	歩行補助つえ					
		合 計				

(2) 利用者負担金は、契約開始月については納品時に、2ヶ月目以降については使用月の翌翌月の 10 日にご指定の金融機関の口座から引き落としをさせていただきます。(注) 金融機関休業日の場合は翌営業日となります。

(3) 尚、契約の起算日が月の 15 日以前の場合については月額的全額を、16 日以降の場合については 1/2 の料金を請求させていただきます。

解約の場合も同様に、月の 15 日以前の場合については月額の 1/2 を、16 日以降の解約については 1ヶ月分の料金を請求させていただきます。

(4) レンタル開始と終了が同じ月内に行われた場合のレンタル料は 1ヶ月分全額となります。

(5) 利用者が本契約期間中、福祉用具を破損または滅失したとき、その費用を負担しなければならない場合があります。

5 サービスの内容

- (1) 「福祉用具貸与」は、要介護者に必要な福祉用具のうち、厚生労働大臣が定めた種目の用具を貸与する介護保険上のサービスです。
- (2) 事業者は利用者の心身の状況、希望、置かれている環境等を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行います。
- (3) 事業者は、本契約期間中、次の福祉用具を貸与します。

1.車いす	2.車いす付属品	3.特殊寝台	4.特殊寝台付属品	5.床ずれ防止用具	6.体位変換器	7.手すり	8.スロープ	9.歩行器	10.歩行補助つえ	11.認知症老人徘徊感知機器	12.移動用リフト	13.自動排泄処理装置
-------	----------	--------	-----------	-----------	---------	-------	--------	-------	-----------	----------------	-----------	-------------

6 事故時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合には、利用者と確認をとり、市町村、利用者の家族、居宅介護（介護予防）支援事業者に対して、連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事業者の責により賠償すべき損害が発生した場合は速やかに対応します。
- (3) 事業者は、事故が発生した場合には、その原因を解明し再発防止に努めるものとします。

7 中途解約について

- (1) 利用者が福祉用具の全部又は一部の利用を中止する場合には、1週間前までに事業者に連絡をいただければ解約できます。
- (2) 但し、利用者が入院等、契約を継続することができない特別な事情が生じた場合には、通知日をもって解約することができます。

8 相談窓口、苦情対応、事故対応、緊急対応

- (1) サービスに関する相談や苦情・事故・故障等の緊急時については、次の窓口で対応いたします。

当社 お客様相談コーナー	電話番号	携帯 090-2784-7261
	FAX 番号	FAX 087-816-7676
	相談員（責任者）	高島 正憲
	対応時間	8：30～17：30

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村 介護保険相談窓口	所在地	高松市役所 介護保険課
	電話番号	087-839-2326
	FAX 番号	087-839-2337
	対応時間	8：30～17：15
都道府県 国民健康保険団体連合会 （国保連）	所在地	高松市福岡町二丁目3番2号
	電話番号	0877-822-7453
	FAX 番号	0877-822-7453
	対応時間	8：30～17：15

9 当社の概要

名称・法人種別	福祉用具 Moon
代表者名	代表取締役 三歩 祝子
所在地・電話	香川県高松市松縄町 40 番 43-6

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記の通り説明を受けました。

利用者 住所 _____ 氏名 _____

※利用者に判断能力等ない場合、代理人との契約が求められます。

代理人 住所 _____ 氏名 _____ 続柄 () _____

注意事項説明、取扱説明書の交付及び実使用での取扱説明

種 目	品 名	注意事項説明	説明書交付	実使用説明
車いす		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
車いす付属品		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
特種寝台		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
特殊寝台付属品		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
特殊寝台付属品		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
手すり		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
手すり		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
スロープ		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
歩行補助つえ		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明

上記商品中の電動車いす・移動用リフト等の仕様に関する注意事項について十分説明を致しました。

福祉用具専門相談員 高島 正憲

上記の通り説明を受けました。

利用者氏名

適合状況の確認

お届けいたしました福祉用具の適合状況について下記のとおり確認いたしました。

設 置 場 所	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整 ()
取 付 状 況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整 ()
操 作 状 況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整 ()
身体との適合状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整 ()
そ の 他 留 意 点	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整 ()

福祉用具専門相談員 高島 正憲

個人情報使用同意書

私と家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

条件

- 1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 2) 個人情報を使用した会議等を記録しておくこと。

令和 年 月 日

殿

利用者（代理人）

住所

氏名

利用者の家族

住所

氏名