

(介護予防) 福祉用具貸与 重要事項説明書

当事業者が提供する福祉用具貸与の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者の概要

事業者の名称	有限会社 岩本薬局
主たる事務所の所在地	静岡市葵区巴町 60
電話番号	(054) 247-0760
法人の種別及び名称	営利法人 有限会社 岩本薬局
代表者職	代表取締役
代表者氏名	矢筈原 祐介

事業所の名称	有限会社岩本薬局 福祉用具事業部
事業所の所在地	静岡市葵区巴町 60
介護保険事業所番号	2244110165
指定年月日	平成18年2月1日
交通の便	静鉄バス 巴町バス停 前
通常の事業の実施地域	静岡市

2 事業者の職員の概要

職種	資格	員数	勤務の体制	
管理者	福祉用具専門員	1人	常勤（専門相談員兼務）	
専門相談員	福祉用具専門員	2人以上		

3 サービスの提供時間

月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30まで。(12月30日から1月3日を除く)

4 福祉用具貸与の運営の方針

利用者が自立した日常生活ができるように生活支援を行い、その機能訓練に資すると共に介護者の負担が軽減するようなサービスの提供に努める。

5 利用料金

(1) 当事業者の(介護予防)福祉用具貸与の提供(介護保険適用部分)の際しあなたが負担する利料金は、原則として基本料金の1割または2割または3割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

また、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(厚生省告示第19号)に規定により加算された場合は、所定の料金の1割または2割または3割を負担していただきます。

(2) その他の費用

通常の事業の実施地域以外の地域において(介護予防)福祉用具貸与を提供する場合の交通費、福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合の措置に要する費用は、あなたの負担となります。

(3) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、各月の精算とします。

支払方法は原則、口座引き落としとします。

(4) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日静岡市の窓口に提出して差額(介護保険適用部分の9割または8割または7割)の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当者があなたのお宅に伺い、当事業者の福祉用具貸与の内容等についてご説明します。
- あなたが居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。
- 次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
 - ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
 - ・あなたの要介護度が非該当(自立)と認定された場合。
 - ・あなたが亡くなったとき。
- あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービスの内容

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特にあなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

8 個人情報使用に関する同意

事業者および従業者は、お客様およびご家族の個人情報を以下による必要最小限の範囲以内で使用提供または収集します。

- ①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での情報提供のため。
- ②介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整のため。
- ③お客様が医療サービスの利用を希望され、主治の意思の意見を求める必要がある場合。

9 苦情処理

苦情担当窓口 小澤 和幸 電話番号 (054) 247-0760

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口の苦情を申し立てることができます。

静岡市役所介護保険課 TEL (054) 221-1377

国民健康保険団体連合会介護保険課 TEL (054) 253-5590

令和 年 月 日

(事業者)

福祉用具貸与の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

〒420-0843

所在地 静岡県静岡市葵区巴町 6 0

名 称 有限会社岩本薬局 福祉用具事業部

説明者 小澤 和幸 印

(利用者)

私はこの説明書により、福祉用具貸与に関する重要事項の説明を受けました。
その内容を承諾するとともに、 個人情報使用に関して同意します。

〒

住 所

氏 名 印

(ご家族又は代理人)

〒

住 所

氏 名 印