

福祉用具レンタルサービス重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	万年屋
所在地	〒409-0112 山梨県上野原市上野原 3237 TEL 0554-63-4170 FAX 0554-62-1090
介護保険事業所番号	1971500044
管理者氏名	樋口 孝
職員体制	管理者 1 名(専門相談員と兼務)、専門相談員 <u>3 名以上(常勤)</u> 、事務職員 1 名以上
営業日	月曜日～金曜日
休業日	土曜日、日曜日、祝日、12 月 29 日～1 月 3 日
営業時間	月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで
サービス提供範囲	山梨県全域、神奈川県相模原市

2. サービス利用料金

当社レンタルサービスカタログによります

その他の費用 個々の料金及びサービス提供以外の地域への搬入等及び契約者の都合によるレンタル福祉用具の移動にともなう費用は、レンタルサービス利用書によりお知らせいたします。

お支払方法 原則として、初回レンタル月の翌月に下記の方法より選んでいただいた方法によりお支払いいただきますようお願い致します。

- A 自動口座引き落とし(契約者ご本人またはそのご家族がお持ちの金融機関の口座から月一回引き落とします) (銀行 ・ ゆうちょ)
- B 銀行振り込み(期日までに利用者の方がお振込み願います。手数料は利用者様負担となります。)
- C 郵便振替(期日までに利用者の方がお振込み願います。)

3. 個人情報の利用目的

お客様よりお預かりした個人情報の利用目的は次にあげる当社の業務遂行の範囲内で利用いたします。(適切な福祉用具の選定・納品業務・利用料金回収業務・請求書等必要書類送付のため・利用中の福祉用具メンテナンス訪問業務、その他の介護保険関連業務で訪問または電話問い合わせ等)口座引き落としに関する個人情報は、郵便局、銀行等を開示いたしますが、適切な取り扱いが確保されるよう必要な監督を行います。

お客様のお求めに応じて介護サービス提供記録を開示致します。

4. キャンセル・交換・解約

契約者は、レンタル福祉用具が納入される前に、事情のあるときは契約をキャンセルすることができます。この場合、キャンセル料金は請求されませんが、事業者の負担を少しでも軽減させるため、すみやかな連絡をお願い致します。

契約者は、レンタル商品が不要になった場合あるいはレンタル商品の交換を必要とする場合には、契約の有効期間中であっても、本契約を解約することができます。この場合には、契約者は解約終了を希望する日の 1 週間前までに事業者へ通知するものとします。

但し、利用者の入院等、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あるいはレンタル商品の交換に緊急を要する場合は、事前に通知がなくても本契約を解約することができます。

5. 当社の概要

法人名 株式会社 ロングライフ
主たる業務 福祉用具のレンタル・販売・住宅改修

6. 第3者による評価の実施状況

実施日 年1回（毎年4月末日までに実施）
評価機関名称 株式会社 NQA-Japan

7. サービスに関する相談・苦情・事故・緊急時の連絡先

連絡先 万年屋	総合窓口 株式会社 ロングライフ
住所 山梨県上野原市上野原 3237	住所 茨城県水戸市谷津町細田 1-8
TEL0554-63-4170 FAX0554-62-1090	TEL029-257-2345 FAX029-257-2567

8. 事故発生時の対応

市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。また利用者に対する指定福祉用具貸与の提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

その他相談窓口

当事業所以外にお住いの市町村及び国民健康保険団体連合会へ苦情を伝える事が出来ます。

山梨県国民健康保険団体連合会 介護・保険者支援課 相談窓口専用電話
TEL 055-233-9201 （受付時間：毎週水曜日 9:00～16:00）
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係
TEL 045-329-3447 （受付時間：平日 8:30～17:15）

【説明確認欄】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明致しました。

事業者 株式会社 ロングライフ
〒311-4164 茨城県水戸市谷津町細田 1-8
TEL 029-257-2345 FAX 029-257-2567

説明者 _____ (印)

福祉用具貸与サービス契約の締結にあたり、利用内容及び注意事項について上記内容の説明を受けました。

契約者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____