

重要事項説明書

特定介護予防 特定福祉用具販売重要事項説明書
説明事項確認書

個人情報の利用目的通知及び第三者提供する場合の目的に関する同意説明書
個人情報使用同意書

【特定福祉用具販売 事業所名】

福祉用具貸与「わかば」

秋田県由利本荘市川口字家妻 34 番地 1

電話 0184 (74) 5207

事業者名 池田ライフサポート&システム株式会社

令和7年4月版

特定介護予防・特定福祉用具販売重要事項説明書

1. 福祉用具貸与「わかば」の概要

①提供できるサービスの種類

特定介護予防・特定福祉用具販売

②サービスを提供する地域

由利本荘市、にかほ市

③従業者体制

管理者 1名（専門相談員と兼務）

福祉用具専門相談員 2名（内1名は管理者と兼務）

④営業時間

月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

ただし、国民の祝祭日及び年末年始（12月31日～1月3日）を除く。

2. 取扱い種目

1. 腰掛便座
2. 自動排泄処理装置の交換可能部品
3. 排泄予測支援機器
4. 入浴補助用具
5. 簡易浴槽
6. 移動用リフトのつり具部分
7. スロープ
8. 歩行区
9. 歩行補助つえ

3. 販売費用等

特定福祉用具の購入にかかる「利用者負担金（介護保険が適用された場合）」は、請求書に記載されている料金によるものとし、1割または2割または3割の額となります。

4. その他の費用

①通常の事業の実施地域を越えて行う福祉用具販売に要した交通費は、その実費をいただきます。なお自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。

事業所から、片道 50キロメートル未満 1,000円

事業所から、片道 50キロメートル以上 1,500円

また、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も、その実費をいただきます。

②福祉用具販売事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらか

じめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得えます。

③前項の費用の支払いを受ける場合には、次に掲げる事項を記載した書面を利用者に対して交付します。

- 1)当該福祉用具販売事業所の名称
- 2)提供した福祉用具の種目及び品目の名称及び販売費用の額その他必要と認められる事項を記載した証明書
- 3)領収書
- 4)当該福祉用具のパンフレットその他の当該福祉用具の概要

5. 搬入

- ①契約に基づく日時に搬入致します。
- ②搬入時には、利用者の身体・自宅の状況などに応じて福祉用具の組立て・調整を行います。
- ③商品の機能、使用方法、使用上の留意事項、それを記載した取扱い説明書をご利用者、ご家族に提示し、十分説明を行った上で、必要に応じてご利用者に実際に当該福祉用具をご使用いただきながら、使用方法の説明を実施致します。

6. サービス内容に関する相談・苦情内容担当

福祉用具専門相談員 管理者 電話番号 0184-74-5207

(受付時間 毎日8時30分～17時30分)

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

健康福祉部長寿生きがい課 介護班	電話 0184-24-6323
にかほ市 長寿支援課 介護保険班	電話 0184-32-3042
由利本荘市地域包括支援センター	電話 0184-24-6324
にかほ市地域包括支援センター	電話 0184-32-3045
秋田県国民健康保険団体連合会	電話 018-883-1550

(午前9時～午後5時)

説明事項確認書

- ①福祉用具販売にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。
- ②福祉用具の「取扱説明書をお渡し」し、「福祉用具を使用して」取扱に関して説明を行いました。
- ③福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を行いました。

事業所 所在地 _____
名 称 _____

説明者氏名 _____ 印 _____

- ①私は、本書面により、事業者から予防・特定福祉用具販売についての「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。
- ②私は福祉用具の「取扱説明書」を受け取り、「用具を使用した取扱説明」を受けました。
- ③私は福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を受けました。

ご利用者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

ご家族 (代表者) 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます)

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

ご利用者との関係 (○印)
親族 (: 続柄)
成年後見人
代理人
*確認資料をお見せいただく場合がございます。あらかじめご了承ください。

個人情報の利用目的 及び第三者提供する場合の目的

当社では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。下記目的以外には利用しません。

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 介護保険請求のための事務
- ③ 当社の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④ 他の医療機関・介護機関との連携
- ⑤ 家族等への状況説明
- ⑥ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑦ 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）

第三者へ個人情報を提供する場合の利用目的

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 当社の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ③ 他の医療機関・介護機関との連携
- ④ 家族等への状況説明
- ⑤ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑥ 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑦ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）

個人情報使用同意書

私（利用者及び家族）の個人情報については、居宅サービス計画に沿って円滑にサービス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会議において必要な場合等、必要最小限の範囲において使用することに同意します。

福祉用具貸与「わかば」 殿

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

家族(代表者)住所 _____

家族(代表者)氏名 _____ 印

代理人住所 _____

氏名 _____ 印

0184-74-5207

附則 令和7年4月1日から施行する。