

指定特定福祉用具販売
指定特定介護予防福祉用具販売

重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業所名	有限会社スマイルケア 右京営業所
所在地	京都府京都市右京区西京極浜ノ本町64番地 ハイラーク西京極110号
介護保険指定番号	指定特定（介護予防）福祉用具販売 2670702691
代表者名	代表取締役 荒井 隆志
サービス提供地域	京都市内全域

2. 事業所の職員体制等

職員	2名以上
管理者	西澤 太郎（常勤）
専門相談員	2名以上

3. 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前9時～午後6時

注）但し、祝日・年末年始・夏季休業日を除く

4. サービスの内容

- 「福祉用具販売」は、要介護や要支援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販売する介護保険上のサービスです。
- 事業者は ご利用者の心身の状況、希望、置かれている環境など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、必要に応じてご利用者に実際に当該福祉用具を使用していたきながら使用方法の指導を行い、使用上の留意事項等を記載した取扱説明書を交付します。
- 特定福祉用具販売計画（特定介護予防販売計画）を作成し、ご利用者又はそのご家族に対して説明を行い、ご利用者の同意を得た上で福祉用具販売計画書を交付します。特定福祉用具貸与の利用があるときは、特定福祉用具貸与計画と一体のものとして交付します。
- 事業者は、次の福祉用具を販売します。

①腰掛便座	②自動排泄処理装置の交換可能部品	③入浴補助用具
④簡易浴槽	⑤移動用リフトのつり具の部分	⑥排泄予測支援機器
⑦固定用スロープ	⑧歩行器（歩行車を除く）	⑨歩行補助杖（松葉づえを除く）

5. 故障・事故発生時の対応方法

万が一、故障・事故等が発生いたしましたら当社相談窓口までご連絡ください。もしくは担当の地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に連絡していただき、当社に連絡していただけるようご指示ください。連絡をいただきましたら迅速に対応させていただきます。

6. 販売商品及び支払い方法

品目			☐ 償還払い
商品名	_____	金額 _____ 円	☒ 法定代理受領
品目			☐ 償還払い
商品名	_____	金額 _____ 円	☐ 法定代理受領
品目			☐ 償還払い
商品名	_____	金額 _____ 円	☐ 法定代理受領

7. 秘密の保持と個人情報の保護について

- 1) 当事業所職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を固く保持します。退職後も在職中知り得た個人情報を漏らすことが無いよう必要な措置を講じます。
- 2) 当事業所は、ご利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物について、管理者の注意をもって提供の日から5年間保管し、処分の際にも第三者への漏えいを防止するものとします。
- 3) ご提供いただいたご利用者及びご家族の個人情報は機密扱いされ、当社が以下の目的以外で使用することはありません。使用する場合は別途、個人情報使用同意書をいただきます。
 - ① 介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議等に必要となる場合。
 - ② 介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。
 - ③ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。
 - ④ ご利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。
 - ⑤ ご利用者の心身の状況などをご家族に説明する場合。
 - ⑥ 介護保険事務に関する情報提供の場合。

8. 相談窓口、苦情対応

- 1) サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応致します。

電 話 番 号	(0 7 5) 9 5 1 - 2 3 4 0
FAX 番 号	(0 7 5) 9 5 5 - 1 8 9 0
相 談 員 (責 任 者)	西澤 太 郎
対 応 時 間	午前 9 時～午後 6 時(日曜・祝日・年末年始・夏季休業日は除く)

- 2) 公共機関においても、次の機関において相談・苦情申出等ができます。

- i) お住まいの地域介護保険相談窓口（土・日・祝日は除く） TEL.

TEL.

- ii) 京都府 国民健康保険団体連合（介護保険課）

所 在 地	京都市下京区烏丸四条下る水銀屋町620 番地 COCON烏丸内
電 話 番 号	(075) 354-9090
FAX 番 号	(075) 354-9055
対 応 時 間	午前9時～午後5時(土曜・日曜・祝日は除く)

20 年 月 日

重要事項の内容について説明を行いました。

〈事業者〉

住所 京都市右京区西京極浜ノ本町64

ハイラーク西京極110号

〈説明者〉福祉用具専門相談員

事業者名 有限会社 スマイルケア 右京営業所

上記重要事項の説明を受け同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

〈利用者〉

(氏名)

〈ご家族/立会人などの代理人〉

(氏名)

ご利用者の心身の状況の変化により重要事項の内容について判断できない場合は、ご家族、成年後見人や代理人が交付手続きを行うことができますものとします。