

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与契約書別紙(兼重要事項説明書)⑩

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟県条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	ハイハイネット株式会社
主たる事務所の所在地	〒947-0035 新潟県小千谷市桜町 5145-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 佐藤 薫
設立年月日	2008年11月17日
電話番号	0258-83-0038

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ハイハイネット株式会社	
サービスの種類	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与	
事業所の所在地	〒947-0035 新潟県小千谷市桜町 5145-1	
電話番号	0258-83-0038	
指定年月日・事業所番号	令和6年2月1日指定	1570800621
通常の事業の実施地域	小千谷市、長岡市、柏崎市、十日町市、魚沼市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

福祉用具貸与（又は介護予防福祉用具貸与）は、福祉用具専門相談員が利用者の心身の状況、希望及びその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、取付け及び調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り機能訓練に資するとともに、介護者の負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
福祉用具専門相談員	常勤 2人、 非常勤 0人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（福祉用具専門相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	福祉用具専門相談員 喜多村 久敏
管理責任者の氏名	管理者 安井 直樹

8. 福祉用具の取扱い種目

<input checked="" type="checkbox"/> 車いす	<input checked="" type="checkbox"/> 手すり
<input checked="" type="checkbox"/> 車いす付属品	<input checked="" type="checkbox"/> スロープ
<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行器
<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ
<input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
<input checked="" type="checkbox"/> 体位変換器	<input checked="" type="checkbox"/> 移動用リフト
	<input checked="" type="checkbox"/> 自動排泄処理装置

9. 利用料

(1) 【基本部分】

あなたがサービスを利用した場合に、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として別添の目録に定める利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

なお、サービスの利用開始月及び終了月の利用料は、次のとおりです。

利用開始又は終了の時期	利用料
利用開始日が開始月の15日以前の場合	1か月分の利用料の全額
利用開始日が開始月の16日以降の場合	1か月分の利用料の半額
利用終了日が終了月の15日以前の場合	1か月分の利用料の半額
利用終了日が終了月の16日以降の場合	1か月分の利用料の全額

利用開始日と終了日が同月の場合	1 か月分の利用料の全額
-----------------	--------------

(2) 【その他の費用】

以下の事由に該当する場合は、別途その費用をご負担いただきます。

交通費	通常の事業の実施地域を超えて福祉用具貸与等が行われる場合、その交通費について、通常の事業実施地域を越えた地点から、1 キロメートルあたり 20 円 を負担していただきます。
搬出入費用	福祉用具の搬出入に通常必要となる人数以上の従事者やクレーン車が必要になる場合等、特別な措置が必要な場合は、その費用について実費を負担していただきます。

(3) 支払い方法

上記 (1) 及び (2) の利用料 (利用者負担分の金額) は、1 ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、〇〇日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の〇日 (祝休日の場合は直前の平日) に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日 (祝休日の場合は直前の平日) までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日 (休業日の場合は直前の営業日) までに、現金でお支払いください。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称氏名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇〇
		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	〇〇〇〇 (〇〇〇〇)
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員 (又は地域包括支援センター) 及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 2. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0258-83-0038 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	小千谷市 福祉課 高齢福祉係	電話番号 0258-83-3517
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、福祉用具専門相談員は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ・福祉用具貸与の範囲を超えたサービス提供（金銭の預かり等）

(2) 福祉用具専門相談員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 4. 衛生管理等

(1) 従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 回収した福祉用具及び事業所の設備若しくは備品について、衛生的な管理に努めます。
年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名

説明者職・氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名

立会人住所

氏名