

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売 重要事項説明書

1 有限会社 オギハラ介護サービスの概要

(1) 概 要

事業所名	有限会社 オギハラ介護サービス
所在地	山梨県甲州市塩山上塩後 1210
管理者名	荻原 里美子
電話番号 (緊急時の連絡先)	電話番号 0553-33-5779 緊急時の連絡先(携帯等) 080-2343-3755
FAX番号	0553-33-7677
事業所番号	1972200024
サービス提供地域	甲州市・山梨市・笛吹市
取扱品目	厚生労働省指定特定福祉用具全般

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資格等	常勤	非常勤	兼務の別	合計
従業者数総数	—	3名		有	3名
管理者		1名		有	1名
従業者	福祉用具専門相談員	2名	名	なし	2名
	ヘルパー2級				
	保健師・看護師				

(3) サービスの提供日・時間

平日	午前 9時～午後 5時
土曜日	午前 9時～午後 5時
休業日	日曜日、12月29日～1月3日

2 当事業所の特徴等

利用者の立場に立った事業運営を目指し、公共の福祉に寄与する。

3 販売価格について

- (1) 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具を販売した際には、法第44条第3項に規定する額を受領するものとします。
- (2) 価格については、フランスベッドメディカルサービス(株)等のカタログ価格によります。
- (3) 実施地域以外の交通費及び特別の搬入費については、説明を行い、下記の通りとします。
 - ① 通常の事業の実施地域を越えた地点から1kmにつき・・・100円。
 - ② 特別な搬入による場合・・・・・・・・・・・・・実 費
- (4) 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具を販売した際には、必要事項を記載した販売証明書又は領収書をパンフレットとともに購入者に渡します。
- (5) 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具を販売した際には、その販売内容を記録し、必要に応じて購入者に提供します。

4 個人情報の取扱について

当社は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。

5 当社における個人情報の利用目的

- (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）

6 情報開示について

当社は、ご利用者の皆様のお求めに従って、お客様ご自身に関する情報(ご利用者記録、サービス提供記録、その他)を開示しております。ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになります。

あらかじめご了承ください。

7 事故・トラブル発生等について

本説明書 1 の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。

必要に応じて、ケアマネージャー、市町村窓口等へ連絡等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。

当事業所のサービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を含めて対応いたします。（当事業所は東京海上火災保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）

8 苦情等について

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、担当者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話(代表) 0553-33-5779 担当者 荻原里美子

なお、国民健康保険団体連合会（055-233-9201）とお住まいの市町村にも窓口がございます。

参考 甲州市 0553-32-2111

山梨市 0553-22-1111

笛吹市 055-262-4111

令和 年 月 日

説明事項確認書

- ① 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の販売にあたり、ご購入者に対して本書面に基づいて、「重要事項」及び「販売計画書」の説明をいたしました。
- ② 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の取扱に関する説明を行いました。
- ③ 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の利用に関する注意事項について説明を行いました。

事業所

所在地 山梨県甲州市塩山上塩後1210

名 称 有限会社 オギハラ介護サービス

説明者氏名

印

- ① 私は、本書面により、事業者から特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の購入にあたり「重要事項」及び「販売計画書」の説明を受け、購入に同意し、計画書の交付を受けました。
- ② 私は、特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の購入にあたり、取扱説明を受けました。
- ③ 私は、特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の購入にあたり、利用に関しての注意事項の説明を受けました。

ご利用者 住所
(代理人)

氏名

印