

利用契約書及び特定福祉用具販売・介護予防福祉用具販売重要事項説明書

以下の商品を販売したことを証明します。

販売日

年

月

日

種目別	製造事業所名	商品名	数量	税込金額
販売金額合計(税込)				

1.事業所の概要

法人名 ケアリーストン有限会社
 所在地 〒270-0034 千葉県松戸市新松戸3-150
 TEL 047-343-0177 FAX 047-343-0216
 事業所名 エンジョイ・ライフ ケアサポート
 介護保険事業所番号 1271205724
 管理者氏名 谷山 隆浩
 職員体制 管理者1名、専門相談員 2名以上、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、年末年始(12月29日～1月3日)
 営業時間 午前8時30分～午後5時30分

2.特定福祉用具の種目

介護保険の購入対象となる特定福祉用具の種目は下記の通りです。

- 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(便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものは除く)
- ⑧歩行器(車輪・キャスターが付いている歩行車は除く)
- ⑨多点杖、単点杖(松葉づえは除く)

3.サービスの利用料金の支払い方法、特定福祉用具購入費支給申請について

商品個別の利用料金は別紙目録のとおりとなります。
 利用料金は商品受け渡し時に現金にてお支払下さい。

4.特定福祉用具購入費の支給手続き

介護保険の給付を受ける為の手続き方法は「償還払い」と「受領委任払い」があります。
 市区町村により、手続き方法が異なりますので、弊社相談員へご確認ください。

☐	償還払い	商品受け取り時にサービス利用料金の全額を事業者に支払います。 その後保険者への申請により保険給付分(9割、8割または7割)の支給を受けます。
☐	受領委任払い	サービス利用料金の自己負担分(1割、2割または3割)を事業者へ支払います。 保険給付分は事業者に対し、保険者から直接支払われます。 支給限度額の超過分については全額自己負担となります。

5.サービスに関する、相談・苦情・事故・緊急時の連絡先

(1)連絡先

エンジョイ・ライフ ケアサポート

〒270-0034 千葉県松戸市新松戸3-150-102

TEL 047-343-0177 FAX 047-343-0216

責任者 谷山 隆浩

(3)その他相談窓口

お住いの市区町村及び国民健康保険団体連合会へ苦情を伝える事ができます。

松戸市 介護保険課	047-366-7067	流山市 介護支援課	04-7150-6531	柏市（代表）	04-7167-1111
我孫子市 高齢者支援課	04-7185-1111	印西市 高齢者福祉課	0476-33-4624	八潮市（代表）	048-996-2111
葛飾区 介護保険課	03-5654-8443	足立区（代表）	03-3880-5111	三郷市 介護保険課	048-930-7791

市・区・町・村課連絡先；

千葉県国保連合会 介護保険課 苦情相談窓口電話番号

相談専用電話 043-254-7428(受付時間:平日9:00～12:00、13:00～17:00)

東京都国保連合会 介護保険苦情相談窓口電話番号

相談専用電話 03-6238-0177(受付時間:平日9:00～17:00)

埼玉県国保連合会 介護福祉課 苦情対応係電話番号

相談専用電話 048-824-2568(受付時間:平日8:30～12:00、13:00～17:00)

(4)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(包括支援センター)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。利用者に対する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。

6.受取人確認欄

保険者への申請	☐	ご本人、ご家族等による申請	☐	エンジョイ・ライフ ケアサポートにて申請
① ☐ カタログ及び取扱説明書を受け取りました。 ② ☐ 体に合わせた調整を受けました。 ③ ☐ 実際に実使用しながら、使用方法や操作方法の説明を受けました。 ④ ☐ 事故防止等について、注意事項の説明を受けました。 ⑤ ☐ 申請に必要な書類(パンフレット写し・領収書)を受け取りました。				

【説明確認欄】

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明いたしました。

事業者エンジョイ・ライフ ケアサポート

年 月 日 説明者 印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受け同意します。

住所											利用者氏名										
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日										要支援 ・ 要介護										
被保険者番号											負担割合										
代理人住所											代理人氏名										