

重要事項説明書

(特定福祉用具販売)

利用者： _____ 様

事業者： 株式会社 ノバ・メディクス

特定福祉用具販売重要事項説明書

〔令和 6年 10月 1日現在〕

1 当事業所が販売する福祉用具についての相談・苦情などの窓口

【株式会社 ノバ・メディクス】 TEL:【0439-55-0623】

福祉用具専門相談員:福坂 孟寿 / 管理責任者 ; 須藤 治

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 【株式会社 ノバ・メディクス】の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	株式会社 ノバ・メディクス
所在地	君津市東坂田4-8-23
介護保険指定番号	千葉県 第1273000073号
サービスを提供する地域	袖ヶ浦市・木更津市・君津市・富津市

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業時間 (休業日は、日・祝日・年末年始 ; 12月30日~1月3日)

月 ~ 土	午前9:00~午後5:30
-------	---------------

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
専門相談員	福祉用具専門相談員指定講習修了者	6名		6名

(4) 福祉用具を居宅へ搬入・搬出する時間帯

	早 朝 7:00~9:00	通常時間帯 9:00~17:30	夜 間 17:30~22:00
月~土	△	○	△
日・祝日	△	△	△

※ 搬入・搬出には料金はかかりません。

※ お客様の希望の日付及び時間が指定できます。

上記「△」の時間帯につきましては、お問い合わせください。

3 利用料金

(1) 利用料

[特定福祉用具販売料金表]

種目	品名	販売料金

(2) 交通費

搬入・搬出に掛かる交通費はいただきません。

(3) 料金の支払い方法

【受領委任払い】

「受領委任払い」は、利用者が、費用の自己負担割合に応じて事業者支払い、保険給付される自己負担割合分を除く分は、保険者から利用者が受領に関する委任を受けた事業者へ直接支払います。

【償還払い】

「償還払い」は、利用者が、いったん費用の全額（10割分）を事業者へ支払い、その後、保険者に申請して自己負担割合分を除く保険給付分の支給を受けます。

4 サービスの提供にあたって

- ① サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証に記載された内容を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせ下さい。
- ② 福祉用具専門相談員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。
- ③ 福祉用具の提供に関する記録をつけます。利用者は、事業所の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧、または、複写物の交付を受けることができます。但し、記録の複写物にかかる実費相当の費用を利用者が支払って頂きます。

5 福祉用具専門相談員の禁止行為

福祉用具専門相談員はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ④ 利用者又は、そのご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ⑤ 利用者又は、そのご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービスの提供（大掃除など）
- ⑧ 医療行為
- ⑨ その他利用者又は、家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

6 事故発生時等緊急の対応

利用者に対する指定福祉用具貸与サービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。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。

7 福祉用具の故障等の連絡について

福祉用具の故障等があった場合、事業所にお申し出ください。早急に対応させていただきます。

8 緊急時の対応方法

容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

ケアマネジャー	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
その他連絡先		

9 サービス内容に関する苦情

(1) お客様相談・苦情窓口

担当 ; 長嶋 和代 電話 ; 0439 (55) 0623

(2) その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

10 福祉用具ご利用についての説明 (3の特定福祉用具販売商品の説明)

- ① 取扱説明(取扱説明書)
- ② 使用上の留意点
- ③ 使用テスト 等

事業者 所在地 千葉県君津市東坂田4-8-23
事業社名 株式会社 ノバ・メディクス
説明者 _____

上記特定福祉用具販売商品の納入にあたり、説明等を受けました

ご利用者 住所 _____
氏名 _____ 印 _____
代理人 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

会社の概要

社名 株式会社 ノバ・メディクス
所在地 君津市東坂田4-8-23
代表者 代表取締役 須藤 治

事業内容

居宅介護支援事業／介護予防・福祉用具貸与事業／介護予防・特定福祉用具販売

事業者

君津市東坂田4-8-23
株式会社 ノバ・メディクス
代表取締役 須藤 治 印

事業所

君津市東坂田4-8-23
株式会社 ノバ・メディクス (指定番号 千葉県 第1273000073号)
上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

署名代行者：私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

署名代行事由：

署名代行者氏名 _____ 印