

# 福祉用具貸与重要事項説明書

## 第1条（指定を受けているサービス及び事業所の概要等）

1. 事業所名 社会福祉法人飛鳥福祉用具貸与販売事業所  
所在地 徳島県徳島市北佐古一番町1-8 社会医療法人川島会3号館1階  
電話番号 088-612-8868  
FAX番号 088-612-8233
2. 介護保険指定番号 福祉用具貸与 3670105406
3. サービス提供地域 徳島市、鳴門市、板野郡、阿波市、吉野川市、名西郡
4. 職員体制 管理者 水上 貴美  
専門相談員 2名
5. 営業日・営業時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分  
年末年始（12月30日から1月3日）は休業とする。
6. 福祉用具貸与の取り扱い種目

1.車椅子 2.車椅子付属品 3.特殊寝台 4.特殊寝台付属品 5.床ずれ防止用具 6.体位変換器 7.手すり 8.スロープ 9.歩行器 10.歩行補助つえ 11.徘徊感知器 12.移動用リフト 13.自動排泄処理装置
---

## 第2条（利用料等）

1. 乙が福祉用具を提供した場合の利用料は、別紙料金表（カタログ）によるものとし、介護保険の適用受ける場合は、甲は乙に対して利用料の負担割合に応じて支払います。但し、介護保険法に基づいて、甲が保険給付を償還払いの方法で受ける場合には、乙に対し、利用料の全額を支払います。
2. ① レンタル開始月の料金 : レンタル開始日が開始月の15日以前は月レンタル料の全額  
レンタル開始日が開始月の16日以後は月レンタル料の1/2  
② レンタル終了月の料金 : レンタル終了日が終了月の15日以前は月レンタル料の1/2  
レンタル終了日が終了月の16日以後は月レンタル料の全額  
③ レンタル開始日とレンタル終了日が1ヶ月未満の場合 : レンタル料の全額
3. 乙から提供を受ける福祉用具が介護保険の適用を受けない場合は、甲は、乙に対し、利用料の全額を支払います。
4. 通常の実施地域以外で受ける福祉用具の提供に要した交通費並びに、搬入出費は、甲は乙に対し、実費を支払います。
5. 乙は、甲から利用料等の支払を受けたときは、甲に対し内訳を明示した領収書を発行します。

## 第3条（相談及び苦情処理の対応）

1. 乙は、乙が提供した福祉用具について、甲又は甲の家族から苦情があった場合は、迅速、適切に対処し、サービス向上、改善に努めます。
2. 相談窓口 対応時間 午前8時30分～午後5時30分  
電話番号 088-612-8868  
相談員 水上 貴美

### 3. 苦情相談窓口

徳島県社会福祉協議会	〒770-0943	徳島市中昭和町1-2	TEL: 088-654-4461
徳島県国民健康保険団体連合会	〒770-0135	徳島市川内町平石若松78-1	TEL: 088-665-7205
徳島市 高齢介護課	〒770-8571	徳島市幸町2-5	TEL: 088-621-5586
鳴門市 長寿介護課	〒772-8501	鳴門市撫養町南浜字東浜170	TEL: 088-684-1175
吉野川市 長寿いきがい課	〒776-8611	吉野川市鴨島町鴨島115番地1	TEL: 0883-22-2222
阿波市 介護保険課	〒771-1695	阿波市市場町切幡字古田201番地1	TEL: 0883-36-6814
石井町 長寿社会課	〒779-3295	名西郡石井町高川原字高川原121-1	TEL: 088-674-6111
神山町 健康福祉課	〒771-3311	名西郡神山町神領字本野間100	TEL: 088-676-1114
松茂町 長寿社会課	〒771-0295	板野郡松茂町広島字東裏30番地	TEL: 088-699-2190
北島町 健康保険課	〒771-0285	板野郡北島町中村字上地23-1	TEL: 088-698-9805
藍住町 健康推進課	〒771-1292	板野郡藍住町奥野字矢上前52-1	TEL: 088-637-3115
板野町 福祉保険課	〒779-0104	板野郡板野町吹田字町南22番地2	TEL: 088-672-5986
上板町 健康推進課	〒771-1392	板野郡上板町七條字経塚42番地	TEL: 088-694-6810

#### 第4条 (その他の義務)

- 乙は、甲1に対する(介護予防)福祉用具レンタルサービスの実施について記録を作成し、サービス提供完了の日から5年間は保管するとともに、契約者もしくは代理人の申出に応じてこれを閲覧させ、又はその複写物を交付するものとします。

令和 年 月 日

当事業所は甲1に対する当該福祉用具貸与の開始に当たり、甲1 甲2 に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明致しました。

(乙) 事業所名 社会福祉法人飛鳥福祉用具貸与販売事業所

氏名 印

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて乙から重要事項の説明を受け、福祉用具貸与に同意します。

(甲1) 利用者 住所

氏名 印

(甲2) 利用者の家族 住所

氏名 印