

特定福祉用具販売契約書 兼 重要事項説明書

[令和5年8月現在]

(以下、「利用者」といいます)と株式会社 新和メディカル(以下「事業者」といいます)は、利用者に対して後記表示の特定福祉用具を売り渡すことを約し、利用者はこれを買い受ける。この契約を証するため、本書二通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各一通を保有するものとする。

(契約について)

第1条 販売代金は 総額金_____円 とし、利用者は事業者に対し下記のとおり支払う。

1. 本日前渡し金として 金_____円

2. 令和 年 月 日までに、後記表示の特定福祉用具の引渡しと引き換えに 金_____円

第2条 事業者は利用者に対して後記表示の特定福祉用具を令和 年 月 日までに、前条1項の残代金と引き換えに引き渡し、所有権は引渡しと同時に利用者に移転する。

(重要事項説明書)

株式会社 新和メディカル は、重要事項を説明し了解を得るとともに、販売契約に従いサービスを提供いたします。

販売契約の締結にあたり、下記の福祉用具専門相談員が重要事項の説明および実使用での注意事項について説明を行い、福祉用具の適合状況について確認いたしました。

福祉用具専門相談員 _____

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 新和メディカル福岡営業所 TEL: 092-502-7244

福祉用具専門相談員 _____ /管理責任者 _____

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 株式会社 新和メディカル 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 新和メディカル福岡営業所
所在地	福岡県福岡市南区的場1丁目27-4
介護保険指定番号	第4071100285号
サービスを提供する地域	

(2) 営業時間

月～金	午前8：30～午後5：30
土曜日	午前8：30～午後5：30
定休日	日曜・祝日、第2・3土曜日、8/13～8/15、12/30～1/4

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	福祉用具専門相談員（介護支援専門員）	名	名	名
専門相談員	福祉用具専門相談員指定講習修了者	名	名	名

3 販売料金

(1) 特定福祉用具販売料金表

種目	品名	販売料金
腰掛便座		
入浴補助用具①		
入浴補助用具②		
自動排泄処理装置		
特殊尿器		
簡易浴槽		
移動用リフトの吊り具部分		

(2) 福祉用具の居宅への搬入・搬出について

- ※ 搬入・搬出に掛かる料金・交通費はいただきません。
- ※ お客様の希望の日付及び時間が指定できます。(但し、商品の在庫状況によっては希望に副いかねる場合もあります。)

(3) 料金の支払い方法 (原則 償還払い)

【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)を事業者に支払い、その後、保険者に申請して、各利用者の負担割合に応じた自己負担分(1割~3割分)を除く保険給付分(9割~7割分)の支給を受けます。

【受領委任払い】

「受領委任払い」は、利用者が、費用のうち各利用者の負担割合に応じた自己負担分(1割~3割分)のみを事業者に支払い、保険給付される(9割~7割分)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に直接支払います。

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充分な配慮を行います。

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当たって、次の行為は行いません。

- ① 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
- ② 利用者又は、そのご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 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)
- ⑤ 医療行為
- ⑥ 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 サービス内容に関する苦情

(1) お客様相談・苦情窓口責任者

担当：_____ 電話：092-502-7244

(2) その他

当社以外に、市町村や国民健康保険団体連合会に相談・苦情を伝えることができます。

相 談 窓 口	電 話 番 号
福岡県国民健康保険団体連合会	092-642-7859
東区福祉・介護保健課	092-645-1069
西区福祉・介護保健課	092-895-7066
南区福祉・介護保健課	092-559-5125
中央区福祉・介護保健課	092-718-1102
城南区福祉・介護保健課	092-833-4105
博多区福祉・介護保健課	092-419-1081
早良区福祉・介護保健課	092-833-4355
福岡県介護保険広域連合柏屋支部	092-652-3111
春日市介護保険課	092-584-1122
大野城市介護保険課	092-580-1860
筑紫野市介護保険課	092-923-1111
太宰府市介護保険課	092-929-3211
那珂川市介護保険課	092-953-2211

9 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止に関する責任者の選定を行います。
- ② 苦情解決体制の整備を行います。
- ③ 従業者の虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施を定期的に行い、研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ④ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整備するほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ⑤ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底いたします。

※ 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

10 福祉用具の取扱説明確認

福祉用具の事故防止のための注意事項について

- ・ 居宅における、福祉用具の使用上の事故防止に関する説明をする。

福祉用具の取扱説明について

- ・ 利用者等に福祉用具搬入後、取扱説明書を説明し交付する。

福祉用具の使用方法について

- ・ 利用者等に販売する福祉用具を使用しながら、使用方法を説明する。

(個人情報の使用について)

当社の個人情報の取扱いについて、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用させていただきます。

使用目的

1. お客様からの「サービス等(※)」の申込の受付のため
 2. お客様の生活状況、身体状況等「サービス等」を利用いただくための環境や資格の把握・確認のため
 3. お客様への「サービス等」の提供に係る期日管理等、継続的な取引における管理、ならびに取引の解約や解約後の事後管理のため
 4. 契約（情報主体と当社との間の契約および当社の業務に直接的または間接的に関連する契約）や法律等に基づく権利の行使や義務の履行のため
 5. その他、「サービス等」のお客さまへの提供を適切かつ円滑に履行するため
- ※ 「サービス等」とは、当社が定款で定める事業によりお客さまに提供する商品及び便益を示します。

売買契約の締結にあたり、本書面により福祉用具購入についての重要事項の説明および実使用での取扱説明を受け、了承しました。個人情報の使用についても同意いたします。

令和 年 月 日

【ご利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【ご利用者親族】 私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

※注意：原則として親族とします。

ご利用者との関係 _____

住 所 _____

氏 名 _____

【事業者】

福岡県福岡市南区的場1丁目27-4
株式会社 新和メディカル福岡営業所
所長
(指定番号 第4071100285号)

◎ 利用者の状況

住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
			起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
			座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可	<input type="checkbox"/> できない	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他家族との同居		移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
			立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
			歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
			歩行手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	
病歴			排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
			入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
			階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	