

株式会社アップルケア重要事項説明書

(令和5年8月1日現在)

あなたに対する福祉用具貸与サービスの提供にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者の名称	株式会社アップルケア
主たる事務所の所在地	長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1
法人種別	株式会社
代表者名	白土英男
電話番号	026-278-3690

介護保険法に基づき長野県知事から指定を受けている事業所名称

株式会社アップルケア

介護保険法に基づき長野県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類

福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与

特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売

指定番号 2070101197

2. ご利用事業所の名称 株式会社アップルケア

所在地	長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1
電話番号	026-278-3690
FAX	026-278-3609
管理者・福祉用具専門相談員	白土巴瑠香

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的：福祉用具の販売貸与を通じ要介護高齢者に質の高い日常生活を提供するとともに、介護者の介護負担の軽減をはかる。

運営方針：上の事業目的を達成するために当社社員は福祉用具に関する広汎な知識を身につけ顧客ひとりひとりに最適な福祉用具の提供ができるよう日々研鑽を積む。また各介護職と連携し高福祉社会の実現を目指す。

4. ご利用事業所の職員体制

管理者 1名	専門相談員 常勤 1名 (福祉用具専門相談員)
	非常勤 2名以上

5. 営業時間

営業日 月曜～金曜日 (土日曜休業) (12月30日～1月3日は休業)

営業時間 午前8時30分から午後6時まで

6. 利用料

介護保険法の定めによる。介護保険適用の場合、自己負担は利用料の1割、2割または3割。(ご利用者の所得状況による。)

ご利用料金の自己負担金は毎月25日までに次の方法でお支払い下さい

第一回目のご使用料　搬入日の翌月の25日までに現金または郵便局からの振込み、若しくは指定金融機関からの自動振込みでお支払下さい。

第2回目以降は農協及び八十二銀行の自動引き落としをご利用下さるか、最寄りの郵便局の窓口から振込み料受取人払いにてお振込み下さい。

キャンセル料…前日までのキャンセル料　　利用料金の1割

　　当までのキャンセル料　　利用料金の2割

交通費…通常の事業の実施地域を超えて行う指定福祉貸与に要した交通費については、以下の額を徴収する。

事業所から片道おおむね30キロ未満　　3000円

事業所から片道おおむね30キロ以上　　5000円

7. 苦情申し立て窓口

ご利用者相談窓口　　電話 026-278-3690(月曜日～金曜日)

　　担当者　白土巴瑠香

ご利用時間　午前8時30分より午後6時まで。

(これ以外の時間帯は緊急連絡先へご連絡ください)

長野市介護保険課　　電話 026-224-7871

国民健康保険団体連合会介護保険課　　電話 026-238-1580

8. 緊急連絡先

休日・夜間　　026-278-3690

(24時間年中無休受付)

9. 事故発生時の対応

1.利用者に対する指定福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合は、市町村・当該利用者の家族・当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。

2.利用者に対する指定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うものとする。

10. 福祉用具の搬入の日時指定は営業日の営業時間内でご指定いただけます。営業時間外の搬入はあらかじめご相談ください。搬出については緊急を要する場合もございますので、可能な限りご要望にお応えいたします。

11. サービス提供記録は厳重に保管しご利用者の同意のない限り外部に提供することはございません。またご利用者の必要がありましたらいつでもサービス提供記録の開示をおこないますのでお申し付けください。

令和 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲 1 に対する福祉用具貸与サービスの提供開始にあたり、□甲 1、□甲 2 に対しサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 福祉用具貸与サービス事業者

主たる事務所所在地 長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1

名称 株式会社アップルケア

説明者

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者 住所

氏名

印

(甲 2) 利用者の家族

住所

氏名

印