

重要事項説明書 兼 個人情報取扱同意書

(西暦 2025 年 4 月 1 日現在)

1. 事業所の概要

事業所名	株式会社同仁社 ヘルスケア営業 白河営業所
介護保険事業所番号	0772000850号
居宅サービスの種類	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
管理者及び連絡先 (緊急連絡先を含む)	管理者氏名 星 麻紀 連絡先 TEL：0248-21-5121
通 常のサービス提供地域	西郷村、白河市、矢吹町、泉崎村、中島村、浅川町、鮫川村 棚倉町、石川町、埴町、矢祭町、那須町、那須塩原市、大田 原市

2. 運営方針

- (1) 介護保険法及び関連する法律を遵守し、施設規則の運営基準にのっとり事業を行います。
- (2) 要介護高齢者・要支援高齢者の自立の支援や、介護者の介護負担の軽減に資する福祉用具を利用者の立場に立って選定・提供します。
- (3) 自らの努力でサービス提供の質の向上を目指し、常にその評価を行なうと共に、評価に基づく改善を図るよう努力します。
- (4) 常に清潔かつ安全で正常な機能を有する福祉用具を貸与・販売します。
- (5) 利用者からの苦情に適切に対応できるよう努めます。
- (6) 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明する。
- (7) 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示する。
- (8) 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーに交付する。

3. 事業所の職員体制

職 種	人数	職 務 内 容	勤務
管 理 者	1 名	管理業務	常勤
福祉用具専門相談員	5 名 (内 1 名は管理者 と兼務)	商品の選定・相談・点検等 業務	常勤
そ の 他	1 名	事務業務	常勤

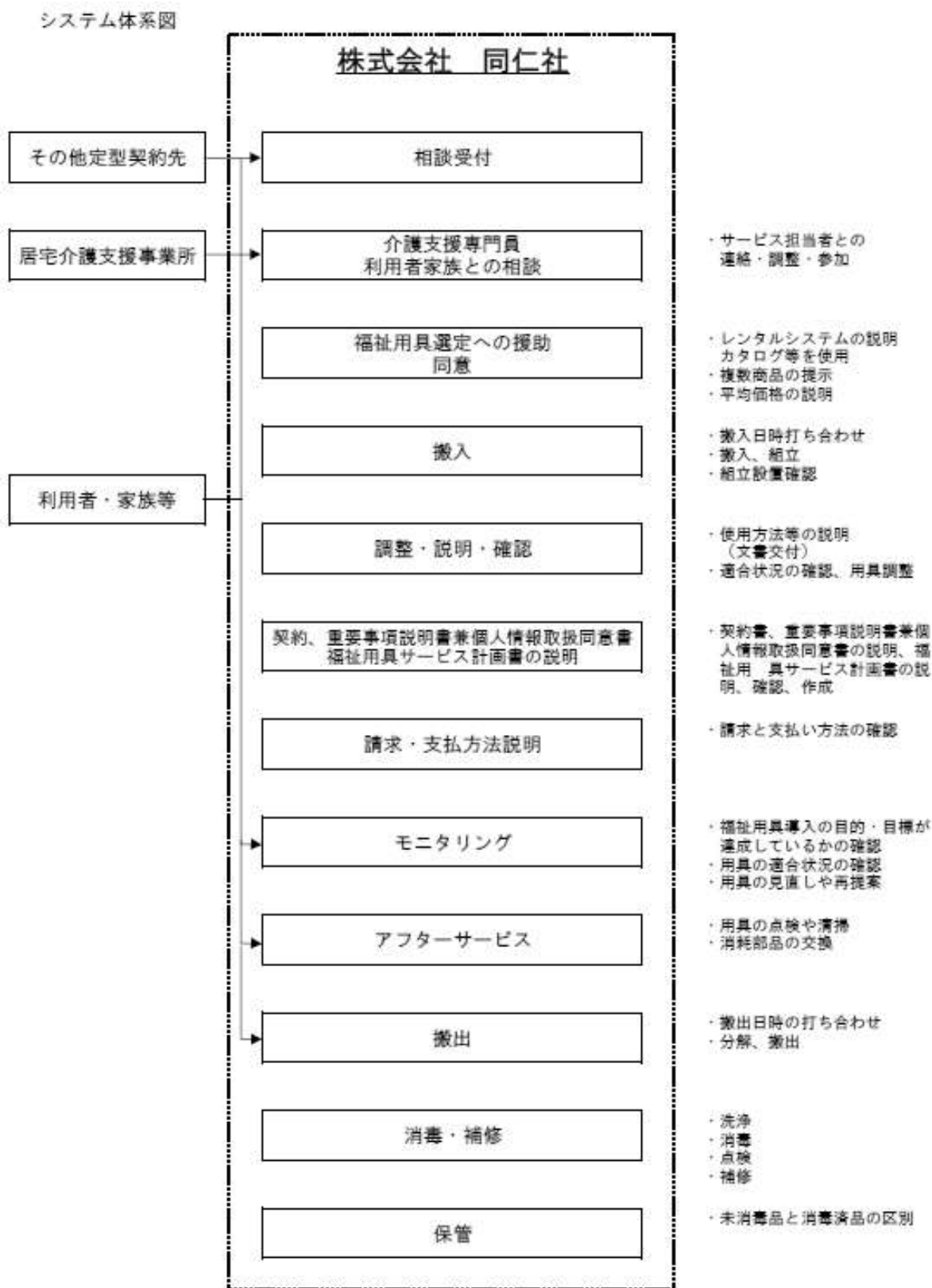
4. 営業時間

平 日	8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分
休 日	原則として、毎土曜日、日曜日 および 年末年始(12月31日～1月3日)

5. 当社の概要

名 称	株式会社 同仁社
代 表 者 名	代表取締役 村 上 徹
本 社	福島市松浪町4番23号 電話 024-535-1001 FAX 024-534-7786
業 務 内 容	福祉用具レンタル、介護予防福祉用具レンタル、販売、住宅改修、病院・ホテルのリネンサプライ、ダストコントロールのレンタル・販売、ホームクリーニング、ユニフォームレンタル・販売
介護保険事業所 及び 介護予防サービ ス事業所	【営業所】福島県(福島市、伊達市、郡山市、会津若松市、いわき市、 西郷村)、宮城県(仙台市)、埼玉県(行田市、伊奈町、春日部市) 【資材管理(消毒・洗浄・管理)】福島県(伊達市)

6. レンタルサービス提供方法



7. レンタルサービス利用料及び利用者負担のお支払い方法

- 利用料は当社のレンタルカタログに記載されています。
- 介護保険適用の場合、利用者負担の利用料はカタログ表記のとおりです。(介護保険料を1年以上滞納されている場合は、償還払いとなりますので予めご了承下さい)

- 利用料は 1 ヶ月単位です。開始月と終了月の利用料は、レンタルサービス契約約款（別記 1）の通りになります。
- レンタル期間中の商品の変更については、レンタルサービス契約約款（別記 1）の通りになります。
- 消費税は非課税商品を除き、表示利用料金に含まれています。（内税表示）
- 利用料は契約開始月と 2 ヶ月目を合算して 2 ヶ月目末締め、翌月末までのお支払い、3 ヶ月目以降は毎月末締め、翌月末までのお支払いとなります。
お支払いは次のどちらかの方法をお選びいただけます。
 - (1) 口座引き落とし（銀行、郵便局） ※手数料は当社負担
 - (2) 各種振り込み（銀行、郵便局） ※手数料はお客様負担
 - (3) 集金
- 次の場合には、福祉用具・介護予防福祉用具の搬入出に別途利用料を請求させていただきます。
 - (1) 通常のサービス実施地域以外にサービス提供を行う場合の交通費（交通費の算出方法は、サービス実施地域境界線から提供先までのガソリン代の実費とする）
 - (2) サービス提供の搬入出にクレーン等を使用する場合の実費

8. 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができます。解約料はかかりません。

9. 福祉用具販売に関わる購入料金のお支払方法

- 購入料金は販売品カタログに記載されています。
- 介護保険適用の場合、利用者負担の購入料金はカタログ価格に対して「介護保険負担割合証」に記載されている自己負担割合となります。
*但し、条件がありますので詳しくは営業担当者にお問合せ下さい。
- 購入料金のお支払は現金となります。
- 償還払いについては購入費の全額（10割）を利用者が立替払いし、申請後に立替えた10割分のうち、利用者負担（「介護保険負担割合証」に記載）を除いた金額を市町村から払い戻しを受けます。

10. 事故発生時の対応

当社は利用者に対する福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与及び特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売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又は介護予防支援事業者に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。又、利用者に対する福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与及び特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売の提供により、当社責任によ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。

11. 相談窓口、苦情対応、解約窓口

サービスに関する相談・苦情・解約窓口	株式会社同仁社 ヘルスケア営業 白河営業所
電 話 番 号	0248-21-5121
相談・苦情解決責任者	管理者 星 麻紀
受 付 時 間	平日 8時30分 ～ 17時30分

その他の苦情・相談窓口（同仁社 ヘルスケア営業白河営業所 通常サービス実施地域 行政窓口）

お住まいの地域	行政窓口名称	電 話 番 号
西 郷 村	西郷村役場 健康推進課 介護保険係	0248-25-3910
白 河 市	白河市役所 高齢福祉課	0248-22-1111
矢 吹 町	矢吹町役場 保健福祉課	0248-44-2300
泉 崎 村	泉崎村役場 住民福祉課 福祉グループ	0248-54-1333
中 島 村	中島村役場 保健福祉課 住民福祉係	0248-52-2174
浅 川 町	浅川町役場 保健福祉課	0247-36-4123
鮫 川 村	鮫川村役場 住民福祉課	0247-49-3112
棚 倉 町	棚倉町保健福祉センター	0247-33-7801
石 川 町	石川町役場 高齢福祉係	0247-26-9124
塙 町	塙町役場 健康福祉課	0247-44-1231
矢 祭 町	矢祭町役場 町民福祉課福祉グループ	0247-46-4573
那 須 町	那須町役場 保健福祉課 介護保険係	0287-72-6910
那 須 塩 原 市	那須塩原市役所 高齢福祉課	0287-62-7113
大 田 原 市	高齢幸福課	0287-23-8740
福島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口		024-528-0040

福島県運営適正化委員会	024-523-2943
栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課介護サービス担当	028-643-2220
栃木県運営適正化委員会	028-622-2941

12. 個人情報の取扱い

当社は「1. 事業所の概要」の「居各サービスの種類に定めるサービス」を提供するにあたり、利用者、及びその家族の個人情報について、居宅サービス計画書にそって円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員やその他サービス提供事業者・行政機関等との連絡調整において必要な場合に活用します。

ただし、個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外には漏えいしません。また、サービスの終了後もこれを継続します。

13. 高齢者虐待の防止

○当社は、利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため、次の措置を講じるものとする。

(1) 虐待の防止に関する責任者の選定

(2) 従業者に対する虐待の防止を啓発、普及するための研修の実施

(3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催及びその結果について従業者へ周知徹底を図る

(4) その他虐待防止のために必要な措置

○当社は、指定福祉用具貸与の提供中、養護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者をいう。）

により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

[説明書確認]

西暦 年 月 日

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与サービス提供と特定福祉用具・特定介護予防福祉用具販売にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 福島県西白河郡西郷村屋敷裏東 16 番地 誠和オフィスビル 1 階
事業者名 株式会社同仁社 ヘルスケア営業 白河営業所

管理者名 星 麻紀

説明者

[重要事項の説明]

私は、契約書及び本書面により、福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与と特定福祉用具・特定介護福祉用具販売について重要事項の説明を受け、福祉用具・介護予防福祉用具納品時に、取扱説明書を交付され、福祉用具・介護予防福祉用具を使用しながら事故防止のための注意事項について説明を受けたことに同意します。

[個人情報取扱の説明]

私(利用者)、及びその家族の個人情報について、上記「12. 個人情報の取扱い」の説明を受け、説明の範囲内でそれらを使用することに同意します。

株式会社同仁社 宛

西暦 年 月 日

(利用者) 住 所

氏 名

(家族の代表) 住 所

氏 名

利用者は、身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者) 氏 名

株式会社同仁社 ヘルスケア営業 白河営業所