

重要事項説明書

神崎株式会社

1. 事業所の概要

- 事業所名 神崎株式会社
- 介護保険事業所番号 2771400393号
- 居宅サービス種類 福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与
- 管理者氏名 神崎宏明
- 連絡先 電話：072-722-3741
FAX：072-724-2630
- 通常のサービス提供地域 箕面市・池田市・豊中市・茨木市
吹田市・川西市

2. 事業所の職員体制

職 種	人 員
・ 管理者	1名
・ 事務担当者	2名
・ 福祉用具専門員	2名
・ ヘルパー 1級	

3. 営業時間

月曜日から土曜日

9時00分から 17時30分

休業日

日曜日 祝日

ゴールデンウィーク休業：暦通り

夏期休業：8月11日から8月15日

年末年始休業：12月28日から1月5日

4. サービス利用料及び利用者負担のお支払い方法

- 介護保険のサービスとなる場合、又はサービス利用料の一部が制度上の支給限度を超える場合は、全額自己負担となります。

(居宅サービス計画書を作成する際、介護支援専門員にご相談下さい)

- 居宅サービス計画を作成しない場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用料の金額(10割)をお支払いいただき、その後市町村に対して領収書を添付して保険給付分(9割)を請求し還付を受けることになります。

- 次の場合にはお客様にご了解の上、搬入・搬出にかかった費用を別途お支払いいただきます。

- ・搬入、搬出作業の際特別な作業や措置が必要な場合
- ・通常サービス地域として登録した地域外の搬出入業務
- ・契約期間中にお客様の転居等によりレンタル商品の移動を行う場合

- レンタルは1カ月単位ですが、開始月と終了月の利用料は、次のようになります。

(1) レンタル開始月の利用料

- ・契約日とその月の15日以前：1カ月分の全額
- ・契約日とその月の16日以降：1カ月分の1/2の額

(2) レンタル終了月の利用料

- ・契約日とその月の15日以前：1カ月分の1/2の額
- ・契約日とその月の16日以降：1カ月分の全額

- (3) ただし、レンタル開始と終了が同じ月内に行われた場合の利用料は1カ月分全額となります。

- 消費税は表示利用料金に含まれています(内税表示)。
- 2ヶ月目以降の利用料のお支払いは、次の方法にてお支払い頂きます。

○郵便局自動払い

5. キャンセル

居宅サービス計画が作成された後にサービスの利用を中止される場合には、前日までにすみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

【連絡先】 電話：0727-22-3741

FAX：0727-24-2630

担当者：神崎宏明

【大阪府国民保険団体連合会お問い合わせ】

電話：06-6949-5309

キャンセル料はいただきません。

6. 当社のサービス方針

- (1) 介護保険法及び関連する法律を遵守し、施行規則運営基準にのっとり事業運営を行います。
- (2) 要介護高齢者の自立支援や、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・提供いたします。
- (3) 自らの努力でサービスの質の向上を目指し、常にその評価を行うと共に、評価に基づく改善を図るよう努力いたします。
- (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いたします。
- (5) 利用者からの苦情に適切に対応できるよう努めます。

7. 相談窓口、苦情対応

●サービスのに関する相談や苦情についての対応窓口

電 話	0 7 2 - 7 2 2 - 3 7 4 1
F A X	0 7 2 - 7 2 4 - 2 6 3 0
相談責任者	西田武子
対応時間	月曜から土曜 9時00分～17時30分

●神崎株式会社の相談・苦情受付窓口

市区町村	受付窓口	箕面市総合保険福祉センター（ライフプラザ）
	電話番号	0 7 2 - 7 2 7 - 9 5 0 0
国保連	受付窓口	介護保険部 相談指導課
	電話番号	0 6 - 6 9 4 9 - 5 4 1 8

緊急連絡先

	連 絡 先	氏 名	電話番号	住 所
ご家族				
主治医				
その他				

8. 当社の概要

- 名 称 神崎株式会社
- 代表取締役 神崎宏明
- 所 在 地 大阪府箕面市瀬川4丁目1番50号
- 連 絡 先 電 話 : 072-722-3741
FAX : 072-724-2630
mail : shop@scrio.co.jp
- 業務の概要
 - ・資本金 15百万円
 - ・従業員数 35名

【説明書確認欄】

年 月 日

重要事項を説明しました。

事業者 所在地 箕面市瀬川4丁目1番50号
事業者名 神崎株式会社
説明者 川村幸子 印

重要事項の説明を承諾致します。

利用者 住 所
氏 名 印
代筆者代理人
住 所
氏 名 印

別紙 1

契約福祉用具、およびサービス利用料金

○ 契約福祉用具、及びサービス利用料金は次のとおりです。

種目	商品番号	品名	単価 (月額)	数量	利用料 (10割)	利用者負担 (割)
合 計						