

重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所名	福祉用具 オールライト
所在地	北海道旭川市 10 条通 19 丁目 1-1
事業所指定番号	北海道 0172907859 号
管理者	山本えり子・田中敏美
サービス提供地域	旭川市及び上川管内全域

2. 営業時間

区分	平 日	土曜・日曜
営業時間	8：30～17：30	休み

※ 年末年始（12月31日～1月3日）は休みとさせていただきます。

3. サービス利用料金及び利用者負担

- (1) 指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）を提供した場合の利用料は、別に定める料金表に記載されている額の内、利用者の利用負担割合に応じた額となります。
- (2) 介護保険外のサービスとなる場合、又は利用料の一部が支給限度額を超える場合は、全額自己負担となります。
- (3) レンタル料金は1ヶ月単位ですが、月内の利用日数が半月未満の場合は半月分となります。
- (4) 但し、レンタル開始と終了が同じ月内で行われた場合は1ヶ月分全額となります。
- (5) お支払方法：利用料のお支払いは銀行口座振替か振り込みとなります。

※お振り込みの場合は下記の口座までお願いいたします。

(振り込み手数料はご負担お願いします)

《振り込み先》

ゆうちょ銀行からの振り込み (記号 19750) (番号 16099331)
 ゆうちょ以外他金融機関からの振り込み (店番 978) (普通口座 1609933)
 ユ) カンキョウセツビ フクシヨウグ オールライト