

第 3 章 利用料金

(利用料金)

第5条 事業者は、移動支援サービスの提供に当たっては、予め利用者に対し、当該サービス内容及び費用について説明し、利用者の同意を得るものとします。

- 2 事業者は、移動支援サービスを提供した場合の利用料金及び利用者負担額は、横浜市障害者移動支援事業実施要綱(以下「要綱」という。)に基づく基準によるものとします。
- 3 利用者は、移動支援サービスの対価として、別紙に定める利用者負担額の毎月の合計金額を、横浜市が定める利用者負担上限額の範囲内において事業者を支払うものとします。

(利用料金の代理受領)

第6条 事業者は、横浜市が定める規則に基づき、利用者からの代理受領について委任を受け、横浜市から利用料金の支払を受けるものとします。

(利用料金の支払い等)

第7条 事業者は、当月の利用者負担額及びその他サービスの利用料金合計額の請求書を、翌々月20日までに利用者へ送付するものとします。

- 2 利用者は、前項により請求があった利用者負担合計額を、翌々月27日にご指定の金融機関の口座から引き落とすものとします。
- 3 事業者は、利用者から利用者負担額及びその他サービスの利用料金合計額の支払を受けたときには、利用者へ領収証を発行します。

第 4 章 事業者の義務

(サービス提供の記録)

第8条 事業者は、毎回サービス終了時に、利用者から書面によりサービス提供の確認を受けます。

- 2 事業者は、移動支援サービスの提供に関する諸記録を作成し、契約終了後5年間保存します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業者において、当該利用者に関する前2項の諸記録を閲覧できます。
- 4 利用者は、当該利用者に関する前2項の諸記録の複写物の交付を受けることが出来ます。

(サービスの中止)

第9条 利用者は、事業者に対して、サービス提供の前日までに通知することにより、利用料金等を負担することなくサービス利用を中止することが出来ます。

(守秘義務)

第 10 条 事業者は、正当な理由がある場合を除き、利用者又はその家族の個人情報をはじめに漏らさない義務を負うものとします。

2 事業者は、スタッフが退職後、在職中知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らすことのないように必要な措置を講じるものとします。

(身分証明書携行義務)

第 11 条 サービス提供職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者や利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示するものとします。

第 5 章 損害賠償

(損害賠償)

第 12 条 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。第 10 条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。

2 事業者は、前項の損害賠償責任の履行については速やかに行うものとします。

3 利用者は、故意又は過失により事業者に損害を与え、又は無断で備品の形状を変更したときは、その損害を弁償し、又は原状に復する責務を負うものとします。尚、損害賠償の額は利用者本人の心身の状況を考慮して減免出来るものとします。

第 6 章 契約の終了

(契約の終了事由)

第 13 条 利用者又は事業者が次の各号のいずれかに該当した場合、本契約は終了するものとします。

(1) 利用者が死亡した場合。

(2) 要綱に基づく移動支援サービスが必要ないと決定された場合。

(3) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない理由により事業所を閉鎖した場合。

(4) 事業者の滅失や重大な毀損により、移動支援サービスの提供が不可能になった場合。

(5) 事業者が移動支援サービス事業者の登録を取り消された場合又は登録を辞退した場合。

(6) 第 14 条もしくは第 15 条に基づき本契約が解約された場合。

(利用者からの契約解除)

第 14 条 利用者は、30 日以上予告期間において文書で事業者に通知することによりこの契約を解約することが出来るものとします。但し、次の事由に該当する場合には、文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することが出来るものとします。

(1) 事業者が正当な理由なく移動支援サービスを提供しない場合。

(2) 事業者が第 10 条に定める守秘義務に違反した場合。

(3) 事業者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけたり、著しい不信行為があったとき、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

(事業者からの契約解除)

第 15 条 事業者は、やむを得ない理由がある場合には、30 日以上の予告期間において文書で通知することにより本契約を解約することができるものとします。但し、次の事由に該当する場合、文書で通知することにより、直ちに本契約を解約することが出来るものとします。

(1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(2) 第 5 条に基づき利用者が事業者に支払うべき移動支援サービスの利用料金を 3 ヶ月以上滞納し、相当期間を定めて督促したにもかかわらず、その期限までに支払いがない場合。

第 7 章 その他

(苦情解決)

第 16 条 事業者は、提供した移動支援サービスに関する利用者等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口等を設置して適切に対処するものとします。

2 事業者は、利用者又は法定代理人等が苦情を申し立てた場合、これを理由とする不当な扱いは一切しないものとします。

(身元引受人)

第 17 条 事業者は、利用者に対し、法定代理人を選定するまでの間、身元引受人を求めるとします。但し、社会通念上、これが出来ない相当の理由があると認められる場合は、その限りではありません。

2 身元引受人は、利用者が本契約に基づき債務を負うときは、利用者として履行の責任を負担するものとします。

(協議事項)

第 18 条 本契約に定められていない事項について問題が生じた場合、事業者は障害者自立支援法その他諸法令の定めるところに従い、利用者との誠意をもって協議するものとします。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者又は法定代理人又は利用者および身元引受人と事業者が記名押印の上、各 1 通を保有するものとします。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

(立会人・法定代理人・身元引受人) 該当する項目に○を付けてください。

ご利用者との関係 _____

住所 _____

氏名 _____ (印)

事業者 住所 横浜市金沢区泥亀 1-15-2 ひいちやビル 3F

法人名 有限会社青空

代表者 代表取締役 山口 ひとみ (印)

事業所 指定事業所名 青空ケアセンター

管理者 黒岩 富美子 (印)

【別紙】

この書式は、契約の条項に基づき、利用者個別の事項を定めます。

1 提供するサービスの内容

日/曜日	時間帯	類型	内容	制度対象
/	～			
/	～			
/	～			
/	～			

2 利用料金

お支払いいただく利用者負担額は移動支援サービスに要した費用の額の 割となります。
なお、負担額の上限は 円です。

車両利用料	ガソリン代（30円/km）
ヘルパー交通費	通常の事業実施地域以外でのサービスご利用の場合、実費

このほか、移動支援において、ヘルパーに公共交通機関のほか、入場料、利用料等が必要な場合は、サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。

事業者 所在地 横浜市金沢区泥亀1-15-2
名称 有限会社青空（青空ケアセンター）
代表者氏名 代表取締役 山口 ひとみ
管理者氏名 黒岩 富美子

上記の内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

(立会人・法定代理人・身元引受人) *該当する項目に○を付けてください。

住所 _____

氏名 _____ (印)

障害者移動支援サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、横浜市地域生活支援サービス費及び高額地域生活支援サービス費の支給等に関する規則及び横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づき文章により説明を行うものです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	有限会社 青空
事業者の所在地	横浜市金沢区泥亀1-15-2ひいちやビル3F
代表者名	代表取締役 山口 ひとみ
電話番号/FAX 番号	TEL 045-791-6614 FAX 045-784-6101

2. 事業の目的と運営の方針

事業所の種類	指定横浜市障害者移動支援事業所			
事業所の目的	利用者が居宅において日常生活を営むことができる適切なサービスを提供します。			
事業所の名称	青空ケアセンター			
事業所番号	1460800400			
管理者名	黒岩 富美子			
事業所の所在地	横浜市金沢区泥亀1-15-2ひいちやビル3F			
主たる対象者	身体障害者（肢体不自由）・児、知的障害者・児、精神障害者・児			
運営方針	利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。			
電話番号/FAX 番号	TEL 045-791-6614 FAX045-784-6101			
サービス提供地域	横浜市金沢区、磯子区、港南区、南区			
サービス提供時間帯 （ヘルパー派遣時間）	通常時間帯 8:00~18:00	早朝 6:00~8:00	夜間 18:00~22:00	深夜 22:00~6:00
* 事務所営業時間 と異なります	○	○	○	×

3. サービス内容

- (1) 移動介護 {全身障害者（児）2級以上、知的・精神障害者（児）}

買い物などの社会生活上必要不可欠な外出及び余暇等を目的とした社会参加活動に係る外出の支援を行います。

- (2) 通学通所支援

特別支援学校・養護学校への登下校支援、生活介護等の日中活動系サービス事業所等への通所支援

※各サービスともに宗教活動、営業活動等の経済活動に係る外出、通園や通勤など通年かつ

長期に渡る移動支援は提供しません。

4. 利用料金

(1) 利用者負担額

上記サービス利用に対しては、横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援サービス事業費が支給され、事業者が代理受領いたしますので、利用者は支払決定明細兼負担額通知書の記載内容に基づいた請求書により、ご利用者負担額をお支払いいただきます。※事業者が利用者に代わり横浜市から受領した移動支援サービス費等の額については、ご利用者に通知します。

(2) サービス利用に係る実費負担額

サービス提供に要する下記費用は、横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援サービスの対象ではありませんので、実費を頂きます。

項目	説明
①ヘルパー交通費	通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、本事業所のサービスを利用される場合は、ヘルパーが訪問するための交通費、サービス同行中の交通費及び片道サービス時の往復交通費をお支払いいただきます。
②キャンセル料	利用予定日の前日20時までにサービス中止の連絡がなかった場合は、理由を問わずキャンセル料1,080円(税込)を負担して頂きます。
③超過料金	受給者証に記載された支給量内で当事業所と契約している支給量を超えた場合、超過料金を負担していただきます。
④その他	入場料、喫茶代、昼食代(一部)などのサービス中に生じる経費はヘルパーの分もすべて負担していただきます。

(3) ご利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記(1)、(2)①、②の料金・費用は1ヶ月毎に計算してご請求します。サービスの翌々月27日にご指定の金融機関の口座から引落しさせていただきます。

(4) ご利用の中止、変更について

①ご利用予定日の前にご利用者のご都合により、移動支援計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合、サービス実施日の前日までに事業者に出してください。

②サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整を致します。

5. 受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担上限額」「支給量」等「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。また、ヘルパーやサービス提供者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

6. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供毎に、実施日時及び実施したサービス内容等を記録し、利用者にご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があれば、いつでもお申し出ください。なお、居宅介護計画及びサービス提供毎の記録は、サービス提供日より5年間保管します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。

7. 相談および苦情

下記の窓口担当者にご連絡ください。

青空ケアセンター	045-791-6614 (管理者 黒岩 富美子)
横浜市健康福祉局障害福祉課	045-671-2402
横浜市福祉調整委員会	045-671-4045
かながわ福祉サービス運営適正化委員会	045-317-2200

8. 緊急時の対応

サービス提供中にご利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて、事前にお申し出があった緊急連絡先へ速やかに連絡します。

以上、本書につき双方の合意を証するため、本書2通を作成し、当事者双方記名押印のうえ、各自1通を所持する。

平成 年 月 日

移動支援のサービス提供開始にあたり、契約書および本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者 住所 横浜市金沢区泥亀1-15-2 ひいちやビル3階
会社名 有限会社青空
代表取締役 山口 ひとみ 印

事業所 指定事業所名 青空ケアセンター
管理者 黒岩 富美子 印

説明者 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者の方から訪問介護についての重要事項の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者は、身体の状態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、私が本人に代わって記名押印をいたしました。

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

(利用者との関係)