

# 移動支援サービスモデル重要事項説明書

( 年 月 日現在)

## 1 事業者の概要

名称	
法人種別	
法人所在地	
電話番号	
代表者氏名	
法人の沿革・特色	
法人が所有する 営業所の種類・数	

## 2 事業所の概要

事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所の電話番号	
サービス提供地域	
サービス提供曜日・ 時間	
事業所番号	( 年 月 日指定)
運営方針	
自己評価の実施状 況	
第三者評価の実施 状況	
職員への研修の実 施状況	

## 3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者				
移動支援 サービス提供責任者				
ヘルパー				
事務員				

#### 4 主たる対象者

--

#### 5 サービスの内容

##### 【移動支援】

身体介護あり	
身体介護なし	

#### 6 利用料金

##### (1) 移動支援サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則 1 割。ただし、住民税非課税世帯及び生活保護世帯については、無料。

また、住民税課税世帯の月額負担上限額については世田谷区長が定めた額とし、介護給付・訓練等給付の利用者負担額と移動支援サービス利用者負担額を合算した額が月額負担上限額を超えない範囲で、利用者は移動支援サービス利用者負担額を支払う。この場合、介護給付・訓練等給付の利用者負担額を優先して計上することとする。

※事業者が利用者に代わり世田谷区から受領した移動支援サービス費の額については、利用者に通知します。

##### (2) その他の料金


##### (3) 交通費

上記 2 で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

##### (4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

- |   |                               |       |
|---|-------------------------------|-------|
| ┌ | ・ ご利用の 24 時間前までにご連絡いただいた場合    | → 無料  |
|   | ・ ご利用の 12 時間前までにご連絡いただいた場合    | → ○○円 |
|   | ・ ご利用の 12 時間前までにご連絡いただかなかった場合 | → △△円 |

## (5)その他

上記（１）から（４）のほか、従業者がサービスを提供するために必要となる実費相当額としての費用は、利用者にご負担いただきます。

## (6)支払方法

上記利用料金の支払いは、１か月ごとに計算し、翌月〇日までに請求しますので、〇日までに  
お支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、  
現金または振込でお願いします。

## 7 サービスの利用方法

### (1)サービスの利用開始

- ①移動支援の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、移動支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は移動支援支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③移動支援サービスの提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

### (2) サービスの終了

- ①利用者が当事業者に対し〇日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを〇か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、〇日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。

### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護給付において重度訪問介護・重度障害者包括支援・行動援護の支給決定がなさ

れた場合

- ②施設入所支援のサービスを受ける場合
- ③区外に転居された場合
- ④利用者が亡くなった場合

8 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項


9 緊急時の対応方法

サービス提供中に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、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

10 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	
電話番号	
受付時間	

なお、当事業所では苦情対応について独自の取り組みを行っています。

--

当事業所以外に、世田谷区各総合支所保健福祉課及び保健福祉部障害施策推進課の窓口等でも相談・苦情を受け付けています。

担当部署	
電話番号	
受付時間	

平成 年 月 日

移動支援サービス利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地)

(名称)

印

(説明者)

所属

氏名

印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける移動支援の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名)

印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

印