

移動支援サービス 重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業所：訪問介護事業所あいわ _____

今回契約を行うサービスについて詳細を説明いたします。

1 事業者の概要

名 称	株式会社A c k p l u s
法 人 所 在 地	京都府京都市中京区下大阪町350番地1 w a l k B L D－B 1 F・W号
電 話 番 号	075-256-0022
代 表 者 氏 名	代表取締役 森本和紀

2 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	訪問介護事業所あいわ
事 業 所 の 所 在 地	京都市南区西九条蔵王町53-1 京都プラザホテル オフィスクエア301
事 業 所 の 電 話 番 号	075-585-8388
サ ー ビ ス 提 供 地 域	京都市全域
サービス提供曜日・時間	月曜日から日曜日(祝日含む) 24時間対応可
障 害 者 総 合 支 援 法 における事業者番号	移動支援 2660526571
運 営 方 針	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、利用者の 意思及び人格を尊重し、当該利用者の身体その他の状況及びその置 かれている環境に応じて、外出時における移動中の介護を適切かつ 効果的に行うものとする。
自己評価の実施状況	なし
第三者評価の実施状況	なし

3 サービスの内容

官公庁や銀行等の公共機関への用務などの社会生活上不可欠な外出及び、余暇活動等社会参加のための外出の援助や、障害児の放課後等の見守り、通学（一人親家庭で保護者の就労又は疾病等により通学時の介助者がいない小学生・中学生・及び高校生に限る。但し、特に市長が必要と認める場合はこの限りではありません。）の支援を行います。

原則として1日の範囲で用務を終えるものとし、その他、必要に応じて健康や日常生活の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

4 利用料金

(1) 利用者支払額

移動支援事業に要した費用。但し、事業者が予め京都市に対して京都市障害者移動支援事業費の代理受領に係る申出し、かつ、利用者が事業者に対し、代理受領に係る委任をした場合については、利用者支払額より、京都市より支給される移動支援事業費を除いた金額を利用料金として事業者を支払うこととなります。

なおこの場合、事業者が利用者に代わり京都市から受領した障害者移動支援事業費の額については、利用者に通知します。

(2) 交通費

上記2で示した「サービス提供地域」においてサービスの利用を開始される場合に

については、交通費は無料です。但し、それ以外の地域でサービスの利用を開始される場合につきましては、当事業者の従業者がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

また、サービスを提供する際に必要となる交通費については利用者の負担となります。

(3) 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。

サービス提供予定時刻の 24 時間前までに連絡をいただいた場合	無料
上記以降に中止となった場合・ご連絡がつかない場合	利用者負担額の半額

(4) 支払方法

上記利用者支払額等の支払いは、1 か月ごとに計算し、翌月 15 日までに請求しますので、請求書記載の期日までにお支払いください。

支払いは、原則として現金または振込でお願いします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 移動支援事業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、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事業費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 移動支援事業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 15 日間の予告期間を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 2 ケ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14 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1ヶ月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 移動支援事業費の支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
② 利用者が死亡した場合
③ 利用者が京都市外に転居した場合（但し、市より共同生活援助の支給決定を受け、グループホームに入所した場合を除きます。）

6 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

サービス提供時に、担当の従業者を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の従業者が交替してサービスを提供します。担当の従業者や訪問する従業者が交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定の従業者を指名することはできませんが、従業者についてお気づきの点やご要望がありましたら、事業所までご遠慮なく相談ください。

7 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	

8 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	森本和紀
電話番号	075-585-8388
受付時間	月曜日から金曜日（12月29日から1月3日、祝日を除く。） 午前9時から午後6時

当事業所以外に、京都市役所においてもご相談を受け付けております。

担当部署	保健福祉局 障害保健福祉推進室
電話番号	075-222-4161
受付時間	月曜日から金曜日 午前 8 時 45 分から午後 5 時 30 分

年 月 日

移動支援事業の利用にあたり、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) 京都府京都市中京区下大阪町 3 5 0 番地 1 w a l k B L D - B 1 F ・ W 号

(名称) 株式会社 A c k p l u s

印

代表取締役 森本和紀

(説明者) 所属 訪問介護事業所あいわ

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事業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