

訪問介護事業所あずみ 移動支援サービス重要事項説明書

1 事業所の概要

事業者の名称	株式会社道
主たる事務所の所在地	吾川郡いの町枝川 1 0 3 9 - 1
事業者の電話番号	0 8 8 - 8 9 3 - 0 6 0 7
代表者職氏名	代表取締役 朝日道昭
事業所の名称	訪問介護事業所あずみ
事業所の所在地	吾川郡いの町枝川 3 1 9
事業所の電話番号	0 8 8 - 8 9 3 - 0 6 0 7

2 事業所が提供するサービスの内容

屋外での移動に著しい制限のある方を対象として、官公庁や銀行等の公共機関への用務など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を行うサービスです。サービスの利用にあたっては、あらかじめ各市町村より支給決定を受けていることが必要です。

3 サービスご利用料金について

(1) 上記サービスの利用に対しては、事業にかかる費用の 9 割が給付の対象となり、各市町村より事業者へ法定代理受領によって支払われます。利用者様は、利用者様負担として高知市が定める下記の料金表に基づき、事業にかかる費用の 1 割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。ただし、利用者様負担額の軽減を受けている場合は、「1 割（定率負担）」を「軽減後の額」と読替えるものとします。また、特に申し出があれば、償還払いとすることも可能です。

(利用時間)	30 分	60 分	90 分	120 分
身体介護伴う	1,400 円	2,800 円	4,200 円	5,600 円
身体介護伴わない	800 円	1,600 円	2,400 円	3,200 円

(令和 7 年度 1 月時点ご利用料金の目安)

(2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、給付の対象ではありませんので、実費をお支払いいただきます。

- ① 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ホームヘルパーが訪問するために必要な交通費をいただきます。(利用者様負担額とともに 1 ヶ月ごとにお支払いいただきます。)
- ② 移動支援サービスにおいてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、

入場料、利用料等が必要な場合、その実費をいただきます。（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）

（３）利用者様負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記（１）、及び（２）の①の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月１０日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

ア．ホームヘルパーによる集金

イ．下記指定口座への振り込み

高知信用金庫 伊野支店 普通０２２２９８８

株式会社 道 代表取締役 朝日道昭

（上記銀行口座間のお振込みにつきましては無料、他行および現金でのお振込手数料につきましては、ご利用者様ご負担にてお願い申し上げます）

（４）利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者様のご都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日１７時００分までに事業者へ申し出てください。

② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者様の体調不良等やむをえない場合は取消料はいただきません。

- ・利用予定日の前日までに申し出があった場合 無料
- ・利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 利用者様負担相当額

（５）実費負担額（交通費等）の変更

実費負担額（交通費等）を変更する場合は、原則としてその２か月前までにご説明します。

４ 苦情等の受付について

（１）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談については以下の窓口で受け付けます。

○お客様相談係（担当者） 朝日 道昭

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前８時００分～午後５時００分

○電話番号 ０８８－８９３－０６０７

（２）行政機関その他苦情受付機関

高知県社会福祉協議会 （困りごと解決委員会）	所在地	高知市本町４丁目１－３７
	電話番号	８０２－２６１１
	FAX	８７２－６２１１

個人情報の使用について

(1) 使用する目的

サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議等で必要な場合。

(2) 使用する期間

令和 年 月 日から契約の有効期間まで。

(3) 使用条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

移動支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の使用について説明を行いました。

事業者

住所 高知県吾川郡いの町枝川 3 1 9

名称 訪問介護事業所あずみ

説明者

⑩

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、移動支援サービスの提供開始と共に個人情報の使用に同意しました。

利用者

住所

氏名

⑩

代筆者

氏名

⑩

(続柄:)