

重要事項説明書

(行動援護)

利用者： _____ 様

事業者： _____ 行動援護 みちびき

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

行動援護みちびき TEL 0463-67-7376

重要事項説明者 _____ / 管理者 田口 誠

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	行動援護みちびき
所在地	神奈川県秦野市曾屋2丁目6-30 清水ハイツ101号室
介護保険指定番号	行動援護 (神奈川県 1412801399 号)
サービスを提供する地域	秦野市全域

(2) 営業日及び営業時間

平日（土日祝日を除く）	8:30-17:30
-------------	------------

(3) サービス提供日・サービス提供時間

日曜日～土曜日	午前7時～午後9時
---------	-----------

(4) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名	名	1名
責任者	介護福祉士・行動援護従事者研修	1名	1名	1名
サービス提供者	介護福祉士・行動援護従事者研修	1名	2名	3名

(5) サービスの主たる対象者について

移動支援事業	(1) 身体障がい者（肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害） (2) 知的障がい者 (3) 障がい児 (4) 精神障がい者
--------	---

3 利用料金

(1) (支給決定を受けた利用者から受領する費用の額等)

行動援護を提供したときは、支給決定を受けた利用者から、市町村が定める負担上限月額範囲内において利用者負担額の支払を受けるものとする。

(2) 法定代理受領を行わない行動援護を提供したときは、利用者等から厚生労働省が定める費用の額の支払を受けるものとする。

(3) 障がい者の利用者負担

所得区分	世帯の収入状況	月額負担 上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯であって障がい者本人の収入が年収80万円（障がい基礎年金2級相当額）以下の方	0円

低所得2	低所得1以外の市町村民税非課税世帯の方	0円	
一般	所得割 16万円未満	市町村民税課税世帯	9,300円
	所得割 16万円以上		37,200円

(4) 行動援護の要する費用額

行動援護の要する費用額		
行動援護	単位	自己負担額/回
(1) 所要時間30分未満の場合	258	268円
(2) 所要時間30分以上1時間未満の場合	407	424円
(3) 所要時間1時間以上1時間30分未満	592	616円
(4) 所要時間1時間30分以上2時間未満	741	772円
(5) 所要時間2時間以上2時間30分未満	891	928円
(6) 所要時間2時間30分以上3時間未満	1,040	1083円
加算	割増率	備考
初回加算	200単位	1月につき
福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	23.9%	1月につき+所定単位× 239/1000
福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	5.5%	1月につき+所定単位× 55/1000
介護職員等ベースアップ加算等支援加算	4.5%	1月につき+所定単位× 45/1000
緊急時加算	100単位	1回につき100単位を 加算
早朝加算（6:00～8:00）	25%	
夜間加算（18時～22時）	25%	
深夜加算（22時～6時）	50%	

(5) 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

2 行動援護に当たり、交通機関等の利用を伴うときは、そのガイドヘルパーの交通費は、利用者が負担する。

(6) キャンセル料

1. 利用者は、事業者に対して、サービス実施日の前営業日の17時までには通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

2. 当日キャンセルの場合はキャンセル料として1律、1,000円

(7) サービス提供時間

お客様の行動援護計画書（以下「計画」という）に定められた時間は一般的な作業時間の目安であり実際のサービス提供時間が若干前後する場合があります。

(8) サービス開始時間

ヘルパーのスケジュールは余裕をもって作成いたしますが、ご利用日の交通事情によりサービス提供時間が遅れる場合があります。15分以上遅れることが予想される場合には事前にご連絡させていただきます。なお、このことにより計画に定められたサービス内容が変更することはございません。

(9) お支払い方法

自己負担金は、原則口座振替でお支払いください。なお、入金確認できましたら、領収書を発行しますので、大切に保管してください。

(9) 事故発生時の対応

利用者に対する行動援護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る相談支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

4 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、相談支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

5 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所お客様相談・苦情窓口

担当 相談責任者 管理者 田口誠 電話 0463-67-7376

(2) その他（当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

・神奈川県国民健康保険団体連合会（福祉サービス苦情相談窓口）

連絡先 045-329-3447

受付時間 午前8時30分～午後5時15分

（土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く）

・秦野市障害福祉課

連絡先 0463-82-7616

受付時間（平日） 午前8時30分～午後5時15分

6 法人概要

社名 合同会社カジュアル

代表者職氏名 代表社員 田口 誠

設立 平成29年4月

電話番号/FAX 電話：0463-67-7376/0453-30-5150

説明者 _____ 印 _____

事業所 行動援護みちびき

上記の内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印