（法人名）○○○○

横浜市重度障害者等就労支援特別事業サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、横浜市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱に基づき、文書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 |  |
| 法人種別 |  |
| 事業者の所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号/FAX番号 |  |

２　事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 | （※重度訪問介護・同行援護・行動援護の事業所番号を記載） |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業開始年月日 |  |
| 事業の種類 |  |
| 主たる対象者 |  |
| 事業の目的 |  |
| 運営方針 |  |
| 管理者名 |  |
| 電話番号/FAX番号 |  |
| 電子メール |  |
| ホームページ |  |
| サービス提供地域 |  |
| サービス提供日 |  |
| サービス提供時間帯 |  |

３　職員体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 職員数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| 管理者 |  |  |  |  |
| サービス提供責任者 |  |  |  |  |
| ヘルパー |  |  |  |  |

４　サービス内容

ご利用者が就労するために必要な、通勤や職場等における身体介護等を提供します。

　なお、次に掲げるものはサービスの対象としないものとします。

(1) 家事援助、通勤途中における余暇活動等、就労に関わらない活動への支援

(2) 介護、見守り等の具体的支援を必要とせず支援員が待機している時間

(3) 支援員が危険を伴う活動の支援

(4) 前各号に掲げるもののほか、社会通念上本事業を適用することが適当でないと認められる活動

５　利用料金

（１）利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、利用者の支給決定通知書及び横浜市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく地域生活支援サービス費が支給され、事業者が代理受領いたしますので、ご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、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地域生活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、要綱に基づく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車両移送費 | 事業者が所有する車を利用する場合、別途運賃（○○円/○○km）をお支払いいただきます。 |
| ②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、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をお支払いいただきます。  ※自動車での訪問の場合はガソリン代（○○円/○○km） |
| ③その他 | サービス提供中に、○○円を超える食費等が必要な場合は、サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。 |

（３）利用者負担額及び実費負担額のお支払方法

上記（１）及び（２）①、②の料金・費用は、１か月ごとに集計して請求いたしま

すので、翌々月○○日までに、以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア　現金

イ　下記指定口座への入金

○○銀行　○○支店　普通預金○○○○　（法人代表者名）○○

（４）ご利用の中止、変更について

ア　ご利用者のご都合により、サービスの利用を事前に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○○：○○までに事業者に申し出てください。

イ　やむを得ない理由がある場合を除き、サービス実施日の前日○○：○○までに申し出なく、サービスの利用を中止又は変更した場合は、取消し料をご負担いただく場合があります。

ウ　サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼動状況により、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、必要な調整をいたします。

６　サービスの利用方法

（１）横浜市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱に基づく支給決定を受けた方で、当事業所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。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、利用者からの提供を受けた支援計画書（横浜市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱　第１号様式（以下「支援計画書」という。））に基づき､サービスの提供を行います｡ご利用者の体調等の理由により、予定されていたサービスが実施できない場合には､ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します｡　ただし、利用前日の〇〇時までの取消しは無料で行いますが、それ以降は取消し料として〇〇円をご負担いただきます。さらに当日現地で中止の場合は、ヘルパーの交通費を実費負担していただきます。

（３）適切なサービスを提供するために、同意を頂いた上で、ご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情報を活用させていただくことがあります。

７　利用決定通知書の確認

支給決定期間の更新や、「利用者負担上限月額」「支給量」等の記載内容の変更があった場合などで、新たに利用決定通知が交付された場合は、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責任者が、利用決定通知書の確認をさせていただきたい旨申し出た場合は、ご提示くださいますようお願いします｡

８　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

当事業所では、サービス提供ごとに実施日時及び実施したサービス内容等を記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に間違いやご意見がありましたら、いつでもお申し出ください。なお、サービス提供ごとの記録は、サービスを完了した日から５年間保存します。

（２）利用者の記録や情報の管理､開示について

当事業所では､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。

９　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、横浜市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 | 横浜市健康福祉局相談調整課（横浜市福祉調整委員会事務局） |
| 電話番号 | ０４５-６７１-４０４５ |
| ＦＡＸ番号 | ０４５-６８１-５４５７ |
| Eメール | kf-fukushisodan@city.yokohama.jp |
| 受付時間 | 月～金（祝日・年末年始は除く）  午前８時４５分～午後５時15分(午後０時～午後１時を除く) |

　また、神奈川県社会福祉協議会に設置された「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 | 神奈川県社会福祉協議会  かながわ福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | ０４５-３１７-２２００ |
| ＦＡＸ番号 | ０４５-３２２-３５５９ |
| Eメール | tekisei＠knsyk.jp |
| 受付時間 | 月～金（祝日・年末年始は除く）　午前９時～午後５時 |

10　緊急時の連絡

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､必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかに連絡します。

【主治医】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 主治医氏名 |  |

【ご家族緊急連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 続柄 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

上記重要事項について説明しました。

　　　　年　　　　月　　　　日

事業者　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称 印

　　　説明者 印

上記重要事項の説明を受け、同意しました。

　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　利用者　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　法定代理人　　　　住所

　　　　　　　　（　　　　　）　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　身元引取人　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印