

【資料1-2】

新宿区障害福祉サービス事業者等集団指導資料

(平成29年度第2回)

新宿区移動支援事業者  
ガイドライン (書式集)

平成30年1月

新宿区福祉部障害者福祉課

## 目次

- 1 移動支援事業開始届出関係書類（東京都提出用）（P3～P7）
- 2 移動支援事業者登録申請書及び変更届出書様式記載例（新宿区提出用）（P8～P10）
- 3 移動支援運営規程（参考書式1）（P11～P14）
- 4 研修議事録（参考書式2）（P15）
- 5 相談・苦情受付等記録書（参考書式3）（P16・P17）
- 6 事故報告書（参考書式4）（P18）
- 7 ヒヤリ・ハット報告書（参考書式5）（P19）
- 8 秘密情報の保持に関する誓約書（参考書式6）（P20）
- 9 移動支援重要事項説明書（参考書式7）（P21～P26）
- 10 移動支援利用契約書・契約書別紙（参考書式8-1、8-2）（P27～P33）
- 11 個人情報使用同意書（参考書式9）（P34）
- 12 新宿区地域生活支援サービス受給者証様式（裏面記載例）（P35・P36）
- 13 移動支援計画書（参考書式10）（P37・P38）
- 14 サービス提供記録（参考書式11）（P39）
- 15 代理受領のお知らせ（参考書式12）（P40）
- 16 地域生活支援給付費請求書、明細書、移動支援サービス提供実績記録票様式  
記載例（P41～P43）

## 移動支援事業の開始届に係る添付書類一覧

|        |  |                |  |
|--------|--|----------------|--|
| 事業所の名称 |  | 所在地<br>(区市町村名) |  |
|--------|--|----------------|--|

※「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

| 開始届及び添付書類 |                                  | 申請者<br>確認欄 | 備考    |
|-----------|----------------------------------|------------|-------|
| 開始届       | 事業開始届                            |            |       |
|           | 事業計画書                            |            |       |
|           | 収支予算書                            |            |       |
| 添付書類      | 申請者の定款、寄付行為、条例(公設の場合)等(写)        |            |       |
|           | 登記事項証明書(写)                       |            |       |
|           | 事業所の管理者の経歴書                      |            | 参考様式3 |
|           | 事業者の概要が分かるリーフレット等(既存のものがなければ省略可) |            |       |

※届出される際には、事業所保管用として事前に提出書類一式のコピーをとっておくようにして下さい。

[担当者連絡先]

提出いただいた申請書類に記載されている内容について、問い合わせする際の連絡先を記入してください。

|       |  |
|-------|--|
| 事業所名  |  |
| 担当者名  |  |
| 電 話   |  |
| F A X |  |

**・移動支援事業の届出先は【地域生活支援課 総合支援担当】 となります。**

届出者 氏名(法人の場合は名称及び代表者の氏名)

印

事業開始届

このたび、標記の事業を開始しますので、下記により届け出ます。

記

|               |   |          |   |
|---------------|---|----------|---|
| 事業            | 種類                                      |          |   |
|               | 内容                                      |          |   |
| 経営者           | 氏名(法人の場合は名称)                            |          |   |
|               | 住所<br><small>(法人の場合は主たる事務所の所在地)</small> |          |   |
| 条例、定款その他の基本約款 |   | 別添のとおり   |   |
| 職員の職種         | 職務内容                                    | 職員の定数    |   |
| 管理者           |   | 人        |   |
|               |   | 人        |   |
|               |   | 人        |   |
|               |   | 合計       | 人 |
| 主な職員の氏名及び経歴   |   | 別添のとおり   |   |
| 事業を行おうとする区域   |   |          |   |
| 事業開始予定年月日     |   | 平成 年 月 日 |   |
| 収支予算書及び事業計画書  |   | 別添のとおり   |   |

この紙面は、事業開始の届出を行おうとする方に「参考例」として示すものであり、届出の様式を定めるものではありません。



収支予算書

(単位：千円)

|                   | 月 |   | 月 |   | 月 |   | 月 |   | 月 |   | 月 |   | 月 |   | 月 |   | 合計 |   |   |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|
|                   | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人  | 人 |   |
| 利用者見込数            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |
| 月平均利用額<br>(1人当たり) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | 0 |
| 移動支援事業<br>費受入れ額   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 | 0 |
| 合計(A)             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 | 0 |
| 人件費               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | 0 |
| 旅費、交通費            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | 0 |
| 事務所賃借費            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | 0 |
| 通信費               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | 0 |
| 諸経費               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | 0 |
| 合計(B)             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 | 0 |
| 利益(A-B)           | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 | 0 |

※ 事業開始月から1年分の見込額を記入してください。(支出の費目は、もっと細かく記載しても可)  
 ※ 諸経費には、消耗品費、光熱水費、車両管理費、研修費、宣伝広告費、租税公課、社会保険料、借入金返済、レンタル料等が見込まれます。



(記入例:表)

地域生活支援サービス事業者登録申請書

受付番号

年 月 日

新宿区長あて

所在地 新宿区〇〇〇1-1-1

名称 社会福祉法人 移動介護

申請者 理事長 〇〇 △△ ㊟

地域生活支援サービス事業者に係る登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|                               |               |                           |      |        |     |
|-------------------------------|---------------|---------------------------|------|--------|-----|
| 申請者                           | フリガナ          | シャカイフクシホウジン イドウカイゴ        |      |        |     |
|                               | 名称            | 社会福祉法人 移動介護               |      |        |     |
|                               | 主たる事務所の所在地    | (〒 111-2222)              |      |        |     |
|                               |               | 東京都新宿区〇〇〇1-1-1            |      |        |     |
|                               | 法人の場合その種別     | 電話番号                      |      | FAX番号  |     |
|                               |               | 社会福祉法人                    |      | 法人所管庁  | 東京都 |
| 代表者の職・氏名                      | 職名            | 理事長                       | フリガナ |        |     |
|                               |               |                           | 氏名   | 〇〇 △△  |     |
| 代表者の住所                        | (〒 ー )        |                           |      |        |     |
| 事業所                           | フリガナ          | ヘルパーサービス シンジュクカイゴ         |      |        |     |
|                               | 名称            | ヘルパーサービス新宿介護              |      |        |     |
|                               | 所在地           | (〒 111-1212)              |      |        |     |
|                               |               | 新宿区□□□2-2-2-101           |      |        |     |
| 事業開始予定年月日                     |               |                           |      |        |     |
| 管理者                           | フリガナ          |                           |      |        |     |
|                               | 氏名            | △△ □□                     |      |        |     |
|                               | 住所            | (〒 ー )                    |      |        |     |
| 同一敷地内の他の事業所等の従業者との兼務(兼務の場合記入) | 事業所等の名称       |                           |      |        |     |
|                               | 兼務する職種及び勤務時間  |                           |      |        |     |
| サービス提供責任者                     | フリガナ          |                           |      | (〒 ー ) |     |
|                               | 氏名            |                           |      |        |     |
| 住所                            |               |                           |      |        |     |
| 従業者の職種・員数                     |               |                           | 専従   | 名      |     |
|                               |               |                           | 兼務   | 名      |     |
| 主な揭示事項                        | 営業日           | 月曜日～金曜日 ただし12月29日～1月3日を除く |      |        |     |
|                               | 営業時間          | 9時～17時30分                 |      |        |     |
|                               | 地域生活支援サービスの内容 | 移動支援                      |      |        |     |
|                               | 主たる対象者        | 身体障害者・知的障害者               |      |        |     |
|                               | 利用料           | 新宿区が定める基準による額             |      |        |     |
|                               | その他の費用        | 実施地域以外の交通費                |      |        |     |
| 通常の実施地域                       | 新宿区           |                           |      |        |     |
| 添付書類                          | 移動支援事業運営規程    |                           |      |        |     |

備考

- 1 「受付番号」欄には記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料とすることができます。



(記入例 裏)

地域生活支援サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|      |  |
|------|--|
| 受付番号 |  |
|------|--|

|                |           |        |  |       |
|----------------|-----------|--------|--|-------|
| 事業所            | フリガナ      |        |  |       |
|                | 名称        |        |  |       |
|                | 所在地       | (〒 — ) |  |       |
|                |           | 電話番号   |  | FAX番号 |
| 主な<br>掲示<br>事項 | 営業日       |        |  |       |
|                | 営業時間      |        |  |       |
|                | 主たる対象者    |        |  |       |
|                | 利用料       |        |  |       |
|                | その他の費用    |        |  |       |
|                | 通常の事業実施地域 |        |  |       |
| 添付書類           |           |        |  |       |

備考

- 1 「受付番号」欄には記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料とすることができます。

年 月 日

地域生活支援サービス事業者登録事項変更届出書

新宿区長あて

所在地 東京都新宿区□□□□□□  
 名称 株式会社○○○○○  
 代表者 △△ △△印

次のとおり登録した内容を変更しましたので、届け出ます。

|              |                      |                      |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------|----------------------|----------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|              |                      | 事業所番号                | 1            | 3 | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 登録内容を変更した事業所 |                      | 名称                   | ○○○○○        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |                      | 所在地                  | 東京都新宿区□□□□□□ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |                      | 地域生活支援サービスの内容        | 移動支援         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |                      | 主たるサービス対象者           | 身体障害者、知的障害者  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 変更があった事項     |                      | 変更の内容                |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1            | 事業所の名称               | (変更前)                |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ②            | 事業所の所在地              | 2 新宿区○○○○○           |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3            | 申請者の名称               | 6 別図1のとおり            |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4            | 主たる事務所の所在地           | 9 △△ △△              |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5            | 代表者の氏名及び住所           | 10 別紙新旧対照表のとおり。      |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5            | 代表者の氏名及び住所           | 11 (従業者の変更) 別紙1のとおり  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ⑥            | 事業所の平面図              | (変更後)                |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7            | 事業所の設備の概要            | 2 新宿区□□□□□□          |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8            | 事業所の管理者の氏名及び住所       | 6 別図2のとおり            |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ⑨            | 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所 | 9 ××× ××             |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ⑩            | 運営規程                 | 10 別紙新旧対照表のとおり       |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ⑪            | その他                  | 11 (従業者の変更) 別紙2のとおり  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 変更年月日        |                      | 年 月 日 (2・6・10につき)    |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |                      | 年 月 日 (9につき)         |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |                      | 年 月 日 (11につき別紙2のとおり) |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

※1 事業所の所在地の変更の場合は、運営規程の所在地の規定の変更のほか、平面図も変更となる可能性があることに注意してください。

※2 従業者（ヘルパー）の変更は、項目「11 その他」になります。変更の数が多ときは、別紙の資料を添付してください。また、資格を証する書類を添付してください。

※3 変更の項目数が多いときは、変更年月日欄は、上記のように書き分けてください。

参考書式1（移動支援事業運営規程）＊この運営規程は、新宿区からの登録を受け、移動支援事業の実施をしようとする事業者が備えるべき運営規程の見本を示したものです。下線の部分は、事業所の運営実態に合わせて変更してください。太字部分は、定めるようにしてください。

## △△事業所移動支援事業 運営規程（見本）

（事業の目的）

第1条 □□法人 ○○ が運営する △△事業所（以下「事業所」という。）が行う障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づく移動支援事業（以下「事業」という。）の目的は、事業所の従業員が、移動支援に係る支給決定を受けた障害者又は障害児（以下「利用者」という。）に対し、適正な移動支援（原則として1日の範囲内で用務を終える社会生活上必要不可欠な外出及び余暇等の社会参加のための外出における支援をいう。以下同じ。）に係るサービス（以下「移動支援サービス」という。）を提供することとする。

（運営の方針）

第2条 事業所が実施する事業は、屋外での移動が困難な利用者が地域における自立生活及び社会参加を促すよう、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、社会生活上必要不可欠な外出等における移動の介護を適切に行うものとする。

2 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立った移動支援サービスの提供に努めるものとする。

3 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、新宿区その他事業所が関係する区市町村、他の障害福祉サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

4 事業の実施にあたっては、次のいずれかの基準を満たすほか、移動支援事業に関する法令等を遵守する。

(1) 東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準に関する条例（平成24年東京都条例第155号。以下「指定障害福祉サービス基準条例」という。）第5条に規定する指定居宅介護事業所としての基準を満たし、法第36条第1項に基づき都道府県知事から指定を受けた指定障害福祉サービス事業者であること。

(2) 指定障害福祉サービス基準条例第44条に規定する基準該当居宅介護事業所としての基準を満たし、新宿区基準該当障害福祉サービス事業者の登録等に関する規則（平成18年規則第55号）第4条に基づき、区長から指定を受けた基準該当障害福祉サービス事業者であること。

（事業所の名称等）

第3条 事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

(1) 名称 △△事業所

(2) 所在地 ○区(市) ○○○1-1

（職員の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

(1) 管理者 1名（常勤職員）

管理者は、事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の職員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

(2) サービス提供責任者 ○名（常勤職員）

サービス提供責任者は、事業所に対する移動支援サービスの利用申込に係る調整、事業所の従業員に対する技術指導を行うほか、利用者及びその同居家族にその内容を説明する。

(3) 従業員 ○名（常勤職員 ○名、非常勤職員 ○名）

従業員は、移動支援サービスを提供する。

※人員配置基準上は、常勤換算で2.5人以上必要であることに注意。

2 前項の職員のほか、事業所は、必要に応じて、事務職員その他の事業所運営に必要な事務を行う職員を配置するものとする。

(管理者、サービス提供責任者、従業員の資格要件)

第5条 事業所は、前条第1項第2号及び第3号に掲げる職員に、別表1左欄の対象者の区分に応じ、同表右欄に定める従事者要件のいずれかの資格を取得させるものとする。

(営業日及び営業時間等)

第6条 事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 月曜日から金曜日(祝日を除く。)
- (2) 営業時間 〇時〇〇分～△時△△分まで
- (3) 上記の営業時間のほか、電話等により、常時連絡が可能な体制とする。
- (4) 年間の休日 土曜日、日曜日、祝日及び12月29日から翌年1月3日までの日  
(主たる対象者)

第7条 事業所は、主たる対象者を以下のとおりとする。

- (1) 身体障害者(全身性障害者、視覚障害者)
- (2) 知的障害者
- (3) 精神障害者
- (4) 障害児

【事業の内容】

第8条 事業所が提供する事業の内容は次のとおりとする。

- (1) 移動支援サービスの提供
- (2) 生活等に関する相談対応及び助言

(費用の額及び代理受領)

第9条 事業所が新宿区による移動支援に係る支給決定の対象となる利用者(以下「区支給決定利用者」という。)に対して移動支援サービスを提供した場合の費用の額は、新宿区障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則(平成18年新宿区規則第60号。以下「法施行規則」という。)及び新宿区障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則に基づく移動支援事業実施要綱(平成18年9月29日付け18新福障経第1106号)に定める基準によるものとする。

2 事業所は、法施行規則及び新宿区地域生活支援サービス事業者の登録等に関する規則(平成19年新宿区規則第82号。以下「登録規則」という。)に基づき、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者(以下、「支給決定障害者等」という。)から地域生活支援給付費の受領についての委任(以下「受領委任」という。)を受けたときは、新宿区から地域生活支援給付費の支払を受けるものとする。

(区支給決定利用者から受領する費用の額等)

第10条 事業所は、区支給決定利用者に移動支援サービスを提供した際は、支給決定障害者等から、前条第2項に規定する新宿区が定める負担上限月額額の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 事業所は、受領委任を受けずに移動支援サービスを提供したときは、利用者負担額のほか、これに係るサービス費用の額を支給決定障害者等から徴収することができる。

3 事業所は、移動支援サービスの提供に当たり、利用開始場所又は利用終了場所が通常のサービスの実施地域外にある場合、従業員の移動のための交通費の実費を支給決定障害者等の負担とすることができる。この場合、従業員の自宅から利用開始場所若しくは終了場所まで又は事業所から利用開始場所若しくは終了場所までのいずれか安い方の額とする。

4 事業所は、移動支援サービス又はその他サービスの提供に要した費用について、その支払を受けた場合は、当該費用を支払った支給決定障害者等に対し、個別の費用ごとに区分して記載した領収書を交付する。

5 事業所は、第2項及び第3項のサービス提供にあたっては、あらかじめ支給決定障害者等に対し、当該サービス内容及び費用に関し事前に文書で説明を行い、支給決定障害者等の同意を得るものとする。

※第7条の規定は、原則として主たる対象者以外の障害者の利用を受けない場合は、必ず規定してください。全ての障害者の利用を受ける場合は、省略可です。

(通常の事業の実施地域)

第11条 通常の事業の実施地域は、新宿区の区域とする。

(緊急時等における対応)

第12条 従業者は、移動支援サービスの提供中に、利用者の病状の急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者又はサービス提供責任者に報告するものとする。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

2 従業者は、利用者に対する移動支援サービスの提供により事故が発生した場合は、事業所が関係する区市町村及び当該利用者の家族等に連絡するとともに、管理者又はサービス提供責任者に報告し、必要な措置を講じるものとする。

3 事業所は、故意又は過失により、利用者に対する移動支援サービスの提供中において発生した事故等により当該利用者に損害を与えたときは、速やかにその損害を賠償するものとする。

(苦情解決等)

第13条 事業所は、提供した移動支援サービスに関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等必要な体制を整備するものとする。

2 事業所は、区支給決定利用者に提供した移動支援サービスに関し、登録規則の定めるところにより新宿区が行う文書その他物件の提示若しくは提出の求め又は新宿区の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して新宿区が行う調査に協力するとともに、新宿区から助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

3 事業所は、社会福祉法第83条に規定する運営適正化委員会が同法第85条の規定により行う調査又はあっせんにできる限り協力するものとする。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第14条 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者の選定を行うなど必要な体制の整備を行うとともに、次に掲げる措置を講ずるものとする。

(1) 成年後見制度の利用支援

(2) 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(3) その他虐待の防止に関し、事業所が必要と認める措置

(個人情報保護)

第15条 事業所は、利用者又はその家族の個人情報について個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)その他個人情報の保護に関する法令並びに条例及び規則等を遵守し、適切な取扱いに努めるものとする。

2 事業所が取得した利用者又はその家族の個人情報については、原則として移動支援サービスの提供以外の目的のために利用しないものとし、事業所の外部への情報提供については、あらかじめ利用者若しくはその家族又はそれらの代理人から同意を得るものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第16条 事業所は、職員の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。

(1) 採用時研修 採用後○か月以内

(2) 継続研修 年○回

2 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

3 事業所は、職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。

- 4 事業所は、従業者に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導するものとする。
- 5 事業所は、支給決定障害者等、区支給決定利用者、職員、設備・備品及び会計に関する諸記録を整備するとともに、当該記録を完結の日から5年間保存しなければならない。

(補則)

第17条 この規程に定めるもののほか、事業所の運営に関する重要な事項は、法人  
と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、○年○月○日から施行する。

別表1 (第5条関係)

| 対象者の区分       | 従事者要件   |
|--------------|---|
| 身体障害者        | 1 介護福祉士<br>2 介護職員基礎研修修了者<br>3 居宅介護職員初任者研修修了者<br>4 障害者居宅介護従業者基礎研修修了者<br>5 全身性障害者外出介護従業者養成研修修了者<br>6 全身性障害者移動介護従業者養成研修修了者<br>7 重度訪問介護従業者研修修了者                   |
| 視覚障害者        | 1 介護福祉士<br>2 介護職員基礎研修修了者<br>3 居宅介護職員初任者研修修了者<br>4 障害者居宅介護従業者基礎研修修了者<br>5 視覚障害者外出介護従業者養成研修修了者<br>6 視覚障害者移動介護従業者養成研修修了者<br>7 同行援護従業者養成研修修了者                     |
| 知的障害者又は精神障害者 | 1 介護福祉士<br>2 介護職員基礎研修修了者<br>3 居宅介護職員初任者研修修了者<br>4 行動援護従業者養成研修修了者<br>5 障害者居宅介護従業者基礎研修修了者<br>6 知的障害者外出介護従業者養成研修修了者<br>7 知的障害者移動介護従業者養成研修修了者<br>8 重度訪問介護従業者研修修了者 |

## 研修議事録

|                |  |  |               |  |     |
|----------------|--|--|---------------|--|-----|
| 研修テーマ          |  |  |               |  |     |
| 開催日時           | 平成    年    月    日( 曜日)   |  |               |  |     |
|                | 時   分   ~   時   分  |  |               |  |     |
| 開催場所           |  |  |               |  |     |
| 研修参加者          | <p>※研修の実施については、従業員の質の向上をはかることが目的ですので、<u>従業員全員が、研修に参加できるように計らってください。</u><br/>                 参加できない従業員がいる場合は、数回にわけて研修を実施するか、欠席した従業員に対して、当日に使用した資料と研修の議事録を配布する等、研修内容の周知を心掛けてください。</p> |  |               |  |     |
| 研修内容<br>(具体的に) | <p>※研修を欠席した従業員が読んで理解できるように記載してください。</p>  |  |               |  |     |
| 意見・感想          | <p>※研修を受けた人の反応等を記載してください。<br/>                 具体的には、受講者は理解出来たかどうか、講師の教え方はどうであったのか等について記録し、研修を通して生じた問題点や次回以降の課題等も記載するとともに、次回に役立つようにお願いします。</p>                                       |  |               |  |     |
| チェック欄          | 管理者  |  | サービス<br>提供責任者 |  | 記録者 |

### 相談・苦情受付等記録書

|                                  |  |               |      |  |      |  |
|----------------------------------|--|---------------|------|--|------|--|
| 受付日                              | 平成 年 月 日( )  |               | 発生時期 | 年 月 日  | 受付No |  |
| 記入者                              |  |               | 発生場所 |  |      |  |
| 申<br>出<br>人                      | 氏名(フリガナ)   |               | 住    | Tel  |      |  |
|                                  | 利用者との関係  | 本人、親、子、その他( ) | 所    |  |      |  |
| 申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入 |  |               |      | 申出方法<br>1. 電話      2. 来訪<br>3. FAX      4. 郵送<br>5. 意見箱    6. その他( ) |      |  |
| 相談・苦情等の内容等                       |  |               |      |  |      |  |
| 備考                               |  |               |      |  |      |  |
| 申出人の要望                           | <input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他( ) |               |      |  |      |  |
| 申出人への確認                          | 第三者委員への報告の要否    要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄( . )   |               |      |  |      |  |
|                                  | 話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否   要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/><br>確認欄( )   |               |      |  |      |  |





## 事 故 報 告 書

報告日 平成 年 月 日

|   |               |  |            |
|---|---------------|--|------------|
| 事業所名  |               | サービス種別   |            |
| 所在地   |               | 管理者名   |            |
| 1 事故発生日時  | 平成 年 月 日 ( )  | 午前・午後  | 時 分頃       |
| 2 発見時間  | 平成 年 月 日 ( )  | 午前・午後  | 時 分頃       |
| 3 利用者名  | (男・女)         | 年齢   | 歳          |
| 4 利用者住所   |               |  |            |
| 5 事故発生場所<br>略図  | 場所            | 6 事故内容(該当を○で囲む)<br>①転倒 ②転落 ③誤嚥<br><br>④異食 ⑤食中毒 ⑥その他<br>( ) |            |
|   | 事故発見者         |  |            |
| 7 事故発生時までの経緯(職員体制・利用者の状況)   |               |  |            |
| 8 事故発生時の状況・・・利用者の状況・職員の対応状況(応急処置等)                                    |               |  |            |
| 9 救急車の出動要請・協力医療機関医師への連絡・提携病院への搬送(該当を○で囲む)時刻<br>平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分頃 |               |  |            |
| 10 受診した医療機関名  |               |  |            |
| 11 診断・治療の概要   |               |  |            |
| 12 家族への連絡時刻   |               | 平成 年 月 日( )  | 午前・午後 時 分頃 |
| 13 事業所側連絡者  | 14 家族側連絡受者 続柄 |  |            |
| 15 事故後の処理   |               |  |            |
| 16 事故の原因(推測される事項)   |               |  |            |
| 17 再発防止のための対策   |               |  |            |
| 18 職員への周知方法   |               |  |            |

## ヒヤリ・ハット報告書

|                    |  |       |            |         |         |
|--------------------|--|-------|------------|---------|---------|
| 報告者                |  | 記入年月日 | 年 月 日( 曜日) |         |         |
| 利用者<br>(イニシャル)     |  | 年齢    |            | サービスの種別 |         |
| 日 時                | 平成 年 月 日( ) 時 分  |       |            |         |         |
| 発生場所               |  |       |            |         |         |
| ヒヤリ・ハットの種類         | <input type="checkbox"/> 転倒・転落・つまづき・( )<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤与薬<br><input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 行方不明<br><input type="checkbox"/> 暴力行為 ( )<br><input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故<br><input type="checkbox"/> 権利侵害<br><input type="checkbox"/> その他( ) |       |            |         |         |
| ヒヤリとした内容<br>(具体的に) |  |       |            |         |         |
| ヒヤリ・ハット時の対応        |  |       |            |         |         |
| 再発(未然)防止のための改善策    |  |       |            |         |         |
| チェック欄              | 管理者  |       | サービス提供責任者  |         | 安全管理責任者 |

〇〇〇〇〇〇法人〇〇〇〇  
理事長 △△ △△ 殿

## 秘密情報の保持に関する誓約書

私は、個人情報保護法、その他の関係法令、貴法人就業規則ならびに個人情報保護規定に従い、貴法人が取扱う利用者等の個人情報につき、以下の事項を遵守し、適正に取扱い、在職中はもちろん退職後も開示するような行為は一切致しません。

この誓約に違反した場合には、貴法人就業規則に従い懲戒処分を受けることに異議はありません。また、違反したことにより貴法人が被った一切の損害を賠償する義務があることを認めます。

### 1 秘密保持について

次に掲げる情報（以下「秘密情報という。」）について、貴法人の許可なく使用、貴法人あるいは貴法人外において、開示、提示もしくは漏洩しません。

- ① 業務上知りえた貴事業所の利用者及びその家族の情報や秘密事項
- ② 貴法人が秘密保持すべき対象と指定した情報
- ③ 貴法人の人事、経理、職員の情報等に関する情報

### 2 秘密情報の報告及び帰属について

秘密情報の創出又は取得に関わった場合には、遅滞なくその内容を貴法人に報告するとともに、貴法人が業務上作成したものであることを確認し、当該情報の帰属が貴法人にあることを確認いたします。また、当該情報について私に帰属する一切の権利を貴法人に譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張をいたしません。

### 3 退職後の秘密保持について

秘密情報については、貴法人を退職した後においても、開示、漏洩もしくは使用しないことを約束します。また、秘密情報が記載、記録されている媒体の複製物及び関係資料等がある場合には、退職時にこれを貴法人に全て返還もしくは廃棄し、自ら保有しません。

※本人同意日については、事前に記載をせず、実際に説明し、同意を得た上で、従業者本人に記載を求めること。

年 月 日

住所

氏名

印

## 移動支援重要事項説明書（平成〇〇年〇〇月〇〇日現在）

※この重要事項説明書は、新宿区が支給決定を行った利用者に係る移動支援用の書式例です。  
 留意すべきポイントをコメントで挿入しましたので参考にしてください。  
重要事項説明書の説明が運営規程の内容と異なることがないようにしてください。

### 1 事業者の概要

|                     |  |
|---------------------|--|
| 名称                  |  |
| 法人の種別               |  |
| 法人の所在地              |  |
| 法人の電話番号             |  |
| 代表者氏名               |  |
| 法人の沿革・特色            |  |
| 法人が所有する<br>営業所の種類・数 |  |

### 2 本事業所の概要

※運営規程に規定されている内容を記載します。

|                    |  |
|--------------------|--|
| 事業所の名称             |  |
| 事業所の所在地            |  |
| 事業所番号              | 移動支援 130000000000（ 年 月 日新宿区登録）                   |
| 事業所が行っている他障害福祉サービス | 居宅介護130000000000（ 年 月 日指定）<br>（→指定を受けているサービスを記載） |
| 営業日、営業時間           |  |
| サービス提供日、時間         |  |
| サービス提供地域           | （→新宿区と記載してください。）                                 |
| 事業の目的及び運営方針        |  |
| 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（平成〇〇年〇月現在）

| 職種        | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数<br>(常勤換算) | 資格等 |
|-----------|-------|--------|----------------|-----|
| 管理者       |       |        |                |     |
| サービス提供責任者 |       |        |                |     |
| 従業者（ヘルパー） |       |        |                |     |
| 事務員       |       |        |                |     |

4 主たる対象者

※運営規程で事業の主たる対象とする障害の種類を定めたときは、同じ内容を記載してください。

5 提供する移動支援サービス

※当該サービス内容は移動支援用の例示です。具体的なサービスについては、契約書別紙や移動支援計画書に記載してください。

(1) 移動支援サービスの内容

原則として1日の範囲内で用務を終える社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動の支援として当事業者が作成する移動支援計画に位置づけられたサービスを提供します。

(2) ヘルパーの禁止行為

- ①利用者に対する暴力等の虐待行為
- ②身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く。）
- ③利用者の同居家族に対するサービス
- ④移動支援サービスとして認められていない次に掲げるサービス  
 ア通院の介助（院内を含む。）  
 イ保育園、幼稚園、子ども園までの送迎  
 ウ宗教活動、政治活動

※禁止行為をあらかじめ説明しておくことトラブル防止になります。

6 利用料金等

(1) 地域生活支援給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

移動支援に係る利用者負担額は、おおむね、次に掲げる表に記載された額に3%を乗じて得た額とします。ただし、障害者総合支援法施行令第17条第4号に該当する利用者については、利用者負担額はありません。

事業者は、新宿区から代理受領により、移動支援に係る地域生活支援給付費の支給を受けた場合は、利用者に対し、利用者に係る地域生活支援給付費の額をお知らせいたします。代理受領を行わない移動支援に係る費用の支払を受けた場合は、サービス証明書を利用者に交付します。

|                         | 30分未満 | 30分以上～1時間未満 | 1時間以上～1時間30分未満 | 1時間30分以上～（30分毎） |
|-------------------------|-------|-------------|----------------|-----------------|
| 移動支援（個別支援：身体介護を伴う。）     | 円     | 円           | 円              | 円               |
| 移動支援（個別支援：身体介護を伴わない。）   | 円     | 円           | 円              | 円               |
| 移動支援（グループ支援：身体介護を伴う。）   | 円     | 円           | 円              | 円               |
| 移動支援（グループ支援：身体介護を伴わない。） | 円     | 円           | 円              | 円               |

\* 通常時間帯（午前8時から午後6時まで）以外の時間帯にサービスを提供する際には、早朝（午前6時から午前8時）、夜間（午後6時から午後10時まで）は、上記基本料金に25%の割増料金が、深夜（午後10時から翌日午前6時まで）には、50%の割増料金がかかります。

\* 2人のヘルパーにより移動支援を行う場合は、2人のヘルパーについて区市町村が認める場合（①身体的理由②暴力行為等③その他利用者の状況から①、②に準ずると認められる場合のいずれかに該当する場合）で、利用者から同意を得ている場合になります。

(2) 移動支援に係る交通費について

※通常の事業の実施地域（新宿区）外の交通費を利用者から徴収する場合は、その費用について説明してください。

①利用開始前又は利用終了後のヘルパーの交通費

上記「2 事業所の概要」の表で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用開始前又は終了後のヘルパーの移動のための交通費は無料です。ただし、利用開始場所又は利用終了場所がサービス提供地域外にある場合は、ヘルパーの移動のための交通費の実費を負担していただくことがあります。この場合、ヘルパーの自宅から利用開始場所若しくは終了場所まで又は事業所から利用開始場所若しくは終了場所までのいずれか安い方の額とします。

②サービス利用中のヘルパーの公共交通機関等の交通費

利用者の実費負担となります。

※その他利用者負担額以外に利用者に負担をお願いする費用について説明してください。

(3) その他

利用者のお住まいで移動支援サービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者にご負担いただきます。

(4) 支払方法等

上記利用料金等の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月〇日までに請求しますので、その月の〇日までにお支払いください。支払いは、原則として□□□の方法でお願いします。ただし、これによりがたい場合は、〇〇〇の方法でお願いします。なお、利用料金を支払っていただいたときは、領収証を発行します。

7 移動支援サービスの利用方法

(1) 移動支援サービスの利用開始

①移動支援について新宿区から地域生活支援給付費の支給決定を受けた方で、当事業者の移動支援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。

当事業者の移動支援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移動支援サービスの利用を決定した場合は契約を締結し、移動支援計画を作成して、移動支援計画に基づき移動支援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に係る地域生活支援給付費の支給決定期間と同じです。

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ヘルパーは常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

④移動支援の提供に当たっては、適切な移動支援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、必要に応じて移動支援計画の変更を行います。

(2) 移動支援サービスの終了

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移動支援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、又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利用者が移動支援サービスに係る利用料金の支払いを正当な理由なく〇か月以上遅延し、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、又は利用者や利用者の家族等が事業者やヘルパー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、移動支援サービス提供を終了させていただくことがあります。

④当事業所を廃止又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、移動支援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〇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 利用者が施設に入所した場合（特に必要と認められる場合を除く。）

②移動支援に係る地域生活支援給付費の支給決定期間が満了し、その後支給決定がない場合（支給決定の効力が喪失することをもって終了します。）

③利用者が死亡した場合

④利用者が介護給付において重度訪問介護、同行援護、行動援護及び重度障害者等包括支援の支給決定がなされた場合（特に必要と認められる場合を除く。）

## 8 他の事業者との連携

事業者は、移動支援の提供に当たっては、他の登録移動支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。また、事業者は、移動支援の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

## 9 秘密保持等

(1) 事業者及びその職員は、移動支援サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) (1)にもかかわらず、移動支援サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による審査のために、事業者が利用者の個人情報を用いることに、利用者は同意します。

(3) 事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する場合は、あらかじめ文書により利用者に説明し、同意を得ます。

## 10 緊急時の対応方法

移動支援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   |  |

1.1 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する移動支援サービスの提供により事故が発生した場合は、事業所が関係する区市町村及び当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

1.2 賠償責任

事業者は、移動支援サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

1.3 この契約に関する相談・苦情の窓口等

当事業所ご利用相談・苦情窓口

|      |  |   |
|------|--|---|
| 担当者  |  | ※苦情受付担当者、苦情対応責任者、第三者委員等設置している場合は、それぞれを記載してください。 |
| 電話番号 |  |   |
| 受付時間 |  |   |

なお、次の事由に該当する場合は、利用者は事業者に対し、改善及び改善結果の報告を求めることができます。

- ① 事業者が正当な理由なく移動支援サービスを提供しない場合
  - ② 事業者が守秘義務に反した場合
  - ③ 事業者が利用者やその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、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、新宿区の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

|      |                 |
|------|-----------------|
| 担当部署 | 新宿区障害者福祉課支援係    |
| 電話番号 | 03-5273-4583    |
| 受付時間 | 午前8時30分から午後5時まで |

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

|      |                              |
|------|------------------------------|
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | 03-5283-7020                 |
| 受付時間 | 月～金曜日 9～17時                  |

1.4 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

|          |  |
|----------|--|
| 虐待防止責任者名 |  |
|----------|--|

また、成年後見制度の利用支援や職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施等の措置を講じます。

※特に留意事項がない場合は、記載する必要はありません。

15 その他当事業者の移動支援サービス利用に際し留意していただきたい事項

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

平成 年 月 日

移動支援の利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地)

(事業者名)

(代表者)

(事業所名)

(説明者)

所属

氏名

印

印

※上記説明日については、事前に印刷等で記載をせず、利用者又は利用者の家族等にサービス提供責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等に了承を得た上で、利用者等に記載を求めること。

私は本書面により、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

代理人又は立会人等

(住所)

(氏名)

(続柄)

印

※代筆の場合は、代筆者の氏名、利用者との続柄、代筆であること(理由)を記載してください。

## 移動支援利用契約書

※この契約書見本は、新宿区が支給決定をした利用者に係る移動支援用の様式例です。

※この契約書見本は、「契約書」と「契約書別紙」から構成しています。「契約書別紙」は、変動要素の大きい事項を盛り込み、契約変更に対応しやすくするために別紙にしています。契約内容を変更する場合は、契約書別紙の内容を更新した上で、新たに「契約書別紙」を取り交わしてください。

※その他留意すべきポイントについてコメントを挿入しましたので参考にしてください。

〇〇〇〇（以下「利用者」といいます。）と□□□□（以下「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う移動支援（原則として1日の範囲内で用務を終える社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動の支援として移動支援計画に位置づけられたサービスをいいます。以下同じ。）について、次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及びこれに関連する法令等に従って移動支援サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、その移動支援サービスに対する料金を支払います。

### 第2条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は、平成 年 月 日から利用者の移動支援に係る地域生活支援給付費の支給決定の有効期間の満了日までとします。
- 2 この契約の満了日の〇日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合であって、利用者の移動支援に係る地域生活支援給付費の支給決定期間の満了後に改めて支給決定された場合、この契約は更新されるものとします。

※例えば、契約支給量の変更、計画に沿ってサービスを提供していないなどが想定されます。

### 第3条（移動支援計画）

- 1 事業者の配置するサービス提供責任者は、利用者について、解決すべき課題を把握し、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえた上で、移動支援サービスの目標、担当する従業者の氏名、従業者が提供する移動支援サービスの具体的内容、所要時間、日程等を盛り込んだ移動支援計画を速やかに作成します。
- 2 サービス提供責任者は、移動支援計画については必要に応じて見直します。

- 3 サービス提供責任者は、移動支援計画の作成及び変更に際しては、その内容を利用者及び家族に説明し、同意を得た上で、移動支援計画書を交付します。

#### 第4条（移動支援サービスの内容）

- 1 事業者は、従業者を利用者の居宅その他の所在場所に派遣し、前条に定めた移動支援計画に沿って、移動支援サービスを提供します。
- 2 利用者が利用できる移動支援サービスの内容は、「移動支援利用契約書別紙」（以下「契約書別紙」といいます。）のとおりとし、事業者は「契約書別紙」に定めた内容について、利用者及びその家族に説明します。
- 3 移動支援計画が利用者との合意をもって変更され、又は移動支援に係る地域生活支援給付費の支給決定の内容が変更されたことにより、事業者が提供する移動支援サービスの内容を変更する場合は、サービス提供責任者は、事前に利用者の了承を得た上で、新たな内容の「契約書別紙」を作成し、それをもって移動支援サービスの内容とします。

#### 第5条（地域生活支援給付費支給申請に係る援助）

事業者は、利用者が移動支援に係る地域生活支援給付費の支給決定期間の満了に伴う新たな移動支援に係る地域生活支援給付費の支給申請を円滑に行えるよう、利用者を援助します。

※介護保険は2年間ですが、移動支援サービスは5年間です。

#### 第6条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、移動支援サービスの提供に関する記録について、提供の都度、記録を作成します。なお、作成した記録については、契約終了後5年間保存します。
- 2 事業者は、1により作成したサービス提供の記録について、毎回の移動支援サービス終了時に、利用者から書面により確認を受けます。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所において、当該利用者に関する第1項の記録の閲覧又はその複写物の交付を求めることができます。

#### 第7条（料金）

- 1 利用者は、移動支援サービスの対価として「契約書別紙」に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細書を付して、翌月〇日までに利用者に通知します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を翌月〇日までに原則として の方法（これによりがたい場合は〇〇〇の方法）により支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払を受けたときは、利用者に領収証を発行します。
- 5 利用者は、従業者が居宅において移動支援サービスの提供のために使用する水道、ガス、電気、電話の費用を負担します。

## 第8条（サービスの中止）

利用者は、事業者に対して、移動支援サービス提供の開始予定日（又は時間）の○日前（又は時間前）までに通知をすることにより、料金を負担することなく移動支援サービスの利用を中止することができます。

## 第9条（相談・苦情対応）

- 1 事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、この契約に関する利用者の相談・苦情等に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。
- 2 次の事由に該当する場合は、利用者は事業者に対し、改善及び改善結果の報告を求めることができます。
  - ① 事業者が正当な理由なく移動支援サービスを提供しない場合
  - ② 事業者が守秘義務に反した場合
  - ③ 事業者が利用者やその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

## 第10条（虐待防止の対応）

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

## 第11条（契約の終了）

- 1 利用者は、事業者に対して、○日間の予告期間において文書で通知することにより、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 前項の規定にかかわらず、第9条第2項に規定する事由に該当した場合及び事業者が破産した場合は、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 事業者は、事業所の廃止・縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、契約を解除する日の○日前までに、理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
- 4 事業者は、次の事由に該当した場合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。
  - ① 利用者の移動支援サービスに係る利用料金の支払いが正当な理由なく○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、○日以内に支払われない場合
  - ② 利用者又はその家族等が事業者や従業員に対して本契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合

- 5 利用者の移動支援に係る地域生活支援給付費の支給決定が取り消された場合又は地域生活支援給付費の支給決定の期間の満了に際し、新たな移動支援に係る地域生活支援給付費の支給申請が不支給となった場合には、当該支給決定の効力が喪失することをもってこの契約は終了します。
- 6 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
  - ① 利用者が施設に入所した場合
  - ② 利用者が死亡した場合
  - ③ 利用者が重度訪問介護、同行援護、行動援護及び重度障害者等包括支援の支給決定を受けた場合（特に必要と認められる場合を除く。）

#### 第12条（秘密保持）

- 1 事業者及びその従業者は、移動支援サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 前項の規定にかかわらず、移動支援サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による審査のために、事業者が利用者の個人情報を用いることに、利用者は同意します。
- 3 事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する場合は、あらかじめ文書により利用者に説明し、同意を得ます。

※利用者だけではなく、家族の情報を第三者に提供する場合は家族からも事前に同意を得なければなりません。

#### 第13条（緊急時の対応）

事業者は、現に移動支援の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

#### 第14条（事故発生時の対応）

- 1 事業者は、利用者に対する移動支援サービスの提供により事故が発生した場合は、事業所が関係する区市町村及び当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- 2 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

#### 第15条（賠償責任）

事業者は、移動支援サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

#### 第16条（身分証携行義務）

従業者は常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

### 第17条（連携）

- 1 事業者は、移動支援の提供に当たっては、他の登録移動支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- 2 事業者は、移動支援の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

### 第18条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項又はこの契約の各条項に疑義が生じたときは、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及びこれに関連する法令等の定めるところに従い、双方が誠意を持って協議の上で定めます。

### 第19条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを合意します。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が署名押印の上、各1通ずつ保有するものとします。

契約締結日                      年    月    日

契約者氏名  
事業者  
（事業者名）  
（住所）  
（代表者名）

※契約締結日については、事前に印刷等により記載をせず、契約締結の段階で利用者等に記載を求めること。

印

利用者  
（住所）  
（氏名）

印

代理人又は立会人等  
（住所）  
（氏名）  
（続柄）

※利用者に代わって代筆する場合は、代筆者の氏名、続柄、代筆であること（理由）を記載してください。

未成年者が契約する場合は、原則として法定代理人（通常は親権者）の同意が必要です（民法第5条）。※未成年者が結婚している場合等の例外を除く。

また、主たる移動支援サービスの対象者が児童の場合、契約の相手方は保護者になります。

## 移動支援契約書別紙

この契約書別紙は、本契約の条項に基づき、利用者に提供するサービス内容及び利用料金に関する事項を定めます。

### 1 提供するサービスの内容

| 曜日                 | 時間帯           | 出発地及び移動先    | 目的          |
|--------------------|---------------|-------------|-------------|
| ○曜日<br>から□曜<br>日まで | 9:00 ~ 10:00  | 自宅から○○事業所まで | 通所のため       |
|                    | 16:00 ~ 17:00 | ○○事業所から自宅まで | 通所先からの帰宅のため |
| □曜日                | 9:00 ~ 15:00  | 自宅⇒○○公園⇒自宅  | 公園の散策のため    |

※ 利用者との間で、提供する移動支援サービスの内容に疑義が生じないよう、移動支援サービスの日時・内容については、できるだけ具体的に記載してください。

※ 契約書別紙の内容が、移動支援計画の内容と合致しない場合は、移動支援計画又は契約書別紙を現状にあわせて変更してください。

### 2 利用料金等

#### (1) 移動支援サービスに係る利用者負担額

移動支援サービスに係る利用者負担額は、おおむね、次に掲げる表に記載された額に3%を乗じて得た額とします。ただし、障害者総合支援法施行令第17条第4号に該当する利用者については、利用者負担額はありません。

事業者は、新宿区から代理受領により、移動支援に係る地域生活支援給付費の支給を受けた場合は、利用者に対し、利用者に係る地域生活支援給付費の額をお知らせいたします。

|                         | 30分未満 | 30分以上～1時間未満 | 1時間以上～1時間30分未満 | 1時間30分以上～(30分毎) |
|-------------------------|-------|-------------|----------------|-----------------|
| 移動支援（個別支援：身体介護を伴う。）     | 円     | 円           | 円              | 円               |
| 移動支援（個別支援：身体介護を伴わない。）   | 円     | 円           | 円              | 円               |
| 移動支援（グループ支援：身体介護を伴う。）   | 円     | 円           | 円              | 円               |
| 移動支援（グループ支援：身体介護を伴わない。） | 円     | 円           | 円              | 円               |

\* 通常時間帯（午前8時から午後6時まで）以外の時間帯にサービスを提供する際には、早朝（午前6時から午前8時）、夜間（午後6時から午後10時まで）は、上記基本料金の25%の割増料金が、深夜（午後10時から翌日午前6時まで）には、50%の割増料金がかかります。



(2) 移動支援に係る交通費について

①利用開始前又は利用終了後のヘルパーの交通費

新宿区内におけるサービス利用開始前又は終了後のヘルパーの移動のための交通費は無料です。ただし、利用開始場所又は利用終了場所が新宿区外にある場合は、ヘルパーの移動のための交通費の実費を負担していただくことがあります。この場合、ヘルパーの自宅から利用開始場所若しくは終了場所まで又は事業所から利用開始場所若しくは終了場所までのいずれか安い方の額とします。

②サービス利用中のヘルパーの公共交通機関等の交通費

利用者の実費負担となります。

事業者

(事業者名)

(住所)

(代表者名)

印

※確認日については、事前に印刷等で記載をせず、利用者又は利用者の家族等にサービス提供責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等に説明した内容の了承を得た上で、利用者等に記載を求めること。

上記内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者

(住所)

(氏名)

印

代理人又は立会人等

(住所)

(氏名)

(続柄)

印

※代筆の場合は、代筆者の氏名、利用者との続柄、代筆であること(理由)を記載してください。

# 個人情報使用同意書

事業所が、利用者と契約締結した移動支援サービスを記載してください。

私が、貴事業所の移動支援サービスを利用するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用する目的

事業者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に関連する法令等に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

### 2 使用に当たっての条件

ア 個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

### 3 個人情報の内容（例示）

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が、サービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報

イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

### 4 使用する期間

平成 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

平成 年 月 日  
移動支援事業者名

代表者名 様

※左記年月日については、事前に記載をせず、実際に説明し、了承を得た上で、利用者等に記載を求めること。

代筆の場合、代筆者の住所、氏名及び代筆理由を記載してください。

保護者又は立会人は、代理人欄に署名してください。

【利用者】住所  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

【利用者代理人】住所  
氏名 \_\_\_\_\_ 続柄  
印

【家族代表者】住所  
氏名 \_\_\_\_\_ 続柄  
印

第3号様式(第4条関係)

※サービス提供を開始しようとするときは、必ず受給者証により、利用者の氏名、支給量、支給決定期間、利用者負担上限月額、予備欄及び特記事項欄を確認し、受給者証の写しを保管する。

新宿区地域生活支援サービス受給者証

|              |             |          |      |
|--------------|-------------|----------|------|
| 受給者証番号       |             |          |      |
| 支給決定<br>障害者等 | フリガナ<br>氏 名 |          | 生年月日 |
|              | 居住地         |          |      |
| 児 童          | フリガナ<br>氏 名 |          | 生年月日 |
|              | 支給量等        |          |      |
|              | 支給決定期間      |          |      |
|              | 予備欄         |          |      |
|              | 支給量等        |          |      |
|              | 支給決定期間      |          |      |
|              | 予備欄         |          |      |
|              | 支給量等        |          |      |
|              | 支給決定期間      |          |      |
|              | 予備欄         |          |      |
|              | 支給量等        |          |      |
|              | 支給決定期間      |          |      |
|              | 予備欄         |          |      |
| 利用者負担上限月額    |             |          |      |
| 特記事項欄        |             | 予備欄      |      |
| 交付年月日        |             | 発行機関名及び印 | 新宿区  |

【注意事項】

1. 地域生活支援サービスを受けようとするときは、事業を行う事業者はこの証を提示してください。
2. 地域生活支援サービスを受けるときに支払う金額は、サービスに要した費用の1割です。ただし、利用者負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限となります。  
なお、障害福祉サービスを併用している場合は、利用者負担上限月額から障害福祉サービスでの利用者負担額を減算した金額が、一月当たりの上限となります。(ただし、0円以下の場合は0円)
3. 支給決定期間を経過したときは、地域生活支援サービスは利用できませんので、期間が経過する前に、この証を添えて支給の再申請をしてください。
4. 支給量の変更をする必要がある場合は、支給量の変更の申請をすることができます。
5. 居住地等を変更した場合は、14日以内にこの証を添えて届けてください。
6. 支給決定期間内に区外へ転出した場合、転出先ではこの証は使用できません。
7. この証を、破いたり、汚したり、無くしたときは、再交付の申請をしてください。
8. 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証をお返してください。
9. 支給決定の内容欄に記載のない地域生活支援サービスは、受けることができません。



# 移動支援計画 (1)

事業所名

※計画作成者は、サービス提供責任者となります。

|            |  |          |       |
|------------|--|----------|-------|
| 作成日        |  | 平成 年 月 日 | 作成者   |
| 利用者名       |  |          | 生年月日  |
| 住所         |  |          | 電話    |
| 受給者証認定有効期間 |  |          | 契約開始日 |
| 他事業所利用状況   |  |          |       |

|           |  |
|-----------|--|
| 本人(家族)の希望 |  |
| 課題        | ※課題・目標の設定は、サービス等利用計画が作成されているときは、これと整合を図るとともに、アセスメントの結果を踏まえてください。 |
| 援助の方向性・目標 |  |

## 【計画予定表】

| 時間    | 月  | 火         | 水         | 木         | 金         | 土                | 日 | 備考                      |
|-------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|---|-------------------------|
| 0:00  |  |           |           |           |           |                  |   | 月曜日から金曜日<br>8時00分～9時00分 |
| 2:00  | ※計画内容は、サービス等利用計画が作成されているときは、これと整合を図るようにしてください。また、居宅介護など他のサービスを混在させないようにしてください。 |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 4:00  |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 6:00  |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 8:00  | △△事業所への通所  | △△事業所への通所 | △△事業所への通所 | △△事業所への通所 | △△事業所への通所 |                  |   |                         |
| 10:00 |  |           |           |           |           | 9時～12時 公園散策、プール等 |   |                         |
| 12:00 |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 14:00 | (記入例) ※計画予定表には、サービス内容とサービス提供時間を記載してください。                                       |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 16:00 |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 18:00 |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 20:00 |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 22:00 |  |           |           |           |           |                  |   |                         |
| 0:00  |  |           |           |           |           |                  |   |                         |

移動支援計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

※説明・同意・交付の3つのプロセスを含めた表現にするとよいです。

説明同意日 平成 年 月 日

利用者名

印

※代筆の場合は、代筆者の氏名及び代筆理由を記載してください。※保護者は代理人又は立会人等欄に署名してください。※説明同意日は、説明し、同意を得た日を記載してください。

代理人又は立会人等  
(続柄)

印

移動支援計画(2)

作成日 平成 年 月 日

| サービス1  |      | 移動支援(月曜日～金曜日)                          |  |
|--------|------|--|--|
|        |      | 担当ヘルパー(所持資格) ○○ ○○、□□ □□(居宅介護初任者研修修了者) |  |
| 時間     | 所要時間 | サービス内容、行程                              | 具体的内容<br>(手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていたこと等)            |
| 8時00分  | 10分  | 健康チェック、<br>移動準備                        | 健康状態を保護者及び本人から聴き取り                               |
| 8時10分  | 10分  | 自宅⇒○○停留所<br>(徒歩)                       | 行程中の○○交差点における急な飛び出しに注意                           |
| 8時20分  | 25分  | ○○停留所⇒<br>□□停留所                        | バスの車中における他の乗客との接触に注意                             |
| 8時45分  | 10分  | □□停留所⇒<br>△△事業所<br>(徒歩)                | 行程中の道路について歩道幅が一部狭い区間があることに注意                     |
| 8時55分  | 5分   | △△事業所到着<br>担当者への引継等                    | ※ 従業者向けに、本計画をベースとした手順書等を別に作成するなどの工夫をしてください。      |
| 9時00分  |      | 利用終了                                   |  |
| サービス2  |      | 移動支援(土曜日)                              |  |
|        |      | 担当ヘルパー(所持資格) △△ △△(介護福祉士)              |  |
| 開始時間   | 所要時間 | サービス内容                                 | 具体的内容(手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていたこと等)                |
| 9時00分  | 10分  | 健康チェック、<br>移動準備                        | 健康状態を保護者及び本人から聴き取り<br>交通費及びプール利用料金分の預り金の保護者からの受領 |
| 9時10分  | 10分  | 自宅⇒○○公園                                | 行程中の○○歩道橋付近での歩行に注意                               |
| 9時20分  | 30分  | ○○公園<br>(公園内散策)                        | 他の公園利用者との接触に注意                                   |
| 9時50分  | 20分  | ○○公園⇒□□駅⇒<br>△△駅⇒××プール                 | 駅における急な飛び出しに注意<br>△△駅から××プールへの行程中にある階段に注意        |
| 10時10分 | 90分  | ××プール<br>(水泳)                          | 入水前のトイレ確認。十分な準備運動の確認<br>適度な休息の確認。過度の水泳に注意        |
| 11時40分 | 20分  | ××プール⇒△△駅<br>⇒□□駅⇒自宅                   | □□駅から自宅の行程中の○○交差点での車の通行に注意<br>預り金の残金の保護者への返還     |
| 12時00分 |      | 利用終了                                   |  |

サービス提供記録

利用者印はサービス提供の都度利用者からもらってください。

利用者名 ○○ ○○ 様

サービス提供者名 \_\_\_\_\_

|     |     |         |
|-----|-----|---------|
| 確認印 | 利用者 | サービス提供者 |
|     | 印   | 印       |

|                               |   |                                 |
|-------------------------------|---|---------------------------------|
| サービス日時                        | サービス内容及び外出先(※目的地が複数ある場合は、全部記載する。)   |                                 |
| ○年○月○日( 土曜日)                  | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・( ) (9時)<br>↓(移動準備10分、徒歩10分)   | スタート地点から目的地までの時間・移動方法を記入してください。 |
| 時 分                           | <input checked="" type="checkbox"/> 目的地( ○○公園) (9時20分～9時50分まで)<br>↓(○○駅まで徒歩5分、○○駅から□□駅まで電車で10分、□□駅から徒歩5分)                                 |                                 |
| 9時～12時                        | <input checked="" type="checkbox"/> 目的地(○○プール) (10時10分から11時40分まで)<br>↓(□□駅まで徒歩5分、□□駅から○○駅まで電車で10分、○○駅から徒歩5分)                              |                                 |
| サービス区分                        | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・( ) (12時)  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 移動支援 |   |                                 |
| サービス内容                        | <input type="checkbox"/> 移動支援<br>_____  |                                 |
|                               | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担 1,800 円 うち 利用者負担額 _____ 円  |                                 |
|                               | [内訳] <input checked="" type="checkbox"/> 入館料・入場料 1,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 交通費 800円 <input type="checkbox"/> その他 _____ 円 |                                 |
|                               | <input checked="" type="checkbox"/> 預かり金 預かり金 2,000円－使用額1,800円＝ おつり200円   |                                 |
| 備考(利用者の状況や連絡事項等)              | ・利用者の体調、予定サービスをキャンセルした場合の中止理由、利用者に対する連絡事項等を記載する。  |                                 |

サービス提供記録

利用者印はサービス提供の都度利用者からもらってください。

利用者名 ○○ ○○ 様

サービス提供者名 \_\_\_\_\_

|     |     |         |
|-----|-----|---------|
| 確認印 | 利用者 | サービス提供者 |
|     | 印   | 印       |

|                               |   |                                 |
|-------------------------------|---|---------------------------------|
| サービス日時                        | サービス内容及び外出先(※目的地が複数ある場合は、全部記載する。)   |                                 |
| ○年○月○日( 月曜日)                  | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・( ) (8時00分)<br>↓(○○停留所、□□停留所経由で1時間)                                    | スタート地点から目的地までの時間・移動方法を記入してください。 |
| 時 分                           | <input checked="" type="checkbox"/> 目的地( △△事業所) (9時)<br>↓( )  |                                 |
| 8時～9時                         | <input type="checkbox"/> 目的地( )<br>↓(□□駅まで徒歩5分、□□駅から○○駅まで電車で10分、○○駅から徒歩5分)                                    |                                 |
| サービス区分                        | <input type="checkbox"/> 自宅・( )   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 移動支援 |   |                                 |
| サービス内容                        | <input type="checkbox"/> 移動支援<br>_____  |                                 |
|                               | <input type="checkbox"/> 費用負担 0 円 うち 利用者負担額 _____ 円   |                                 |
|                               | [内訳] <input type="checkbox"/> 入館料・入場料 0円 <input type="checkbox"/> 交通費 0円 <input type="checkbox"/> その他 _____ 円 |                                 |
|                               | <input type="checkbox"/> 預かり金 預かり金 _____ 円－使用額 _____ 円＝ おつり _____ 円   |                                 |
| 備考(利用者の状況や連絡事項等)              | ・利用者の体調、予定サービスをキャンセルした場合の中止理由、利用者に対する連絡事項等を記載する。  |                                 |

平成 年 月 日

様

|            |
|------------|
| 利用者、保護者等氏名 |
|------------|

移動支援事業者名  
代表者名 印

地域生活支援給付費等の受領のお知らせ  
(代理受領のお知らせ)

この書式は、新宿区が支給決定した利用者に係るものです。

様に提供した下記のサービスに要した費用について、新宿区から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは新宿区にお問い合わせ下さい。

記

|          |                           |                 |
|----------|---------------------------|-----------------|
| サービス提供年月 | 平成 年 月                    |                 |
|          | ※又は、平成 年 月 日～平成 年 月 日     |                 |
| サービス内容   | 移動支援事業                    | 該当サービス名を記載      |
| 受領日      | 平成 年 月 日                  | 新宿区から振込があった日を記載 |
| 代理受領金額   | 金                         | 円               |
| 代理受領額の内訳 | ※ サービスに要した費用の全体の額 (A)     | 金 円             |
|          | 利用者負担額 (B)                | 金 円             |
|          | 地域生活支援給付費等代理受領額 (A) - (B) | 金 円             |





新宿区地域生活支援給付費明細書

(移動支援・日中ショート・タイムケア・土曜ケアサポート)

受給者証番号、事業所番号を記入してください。

平成 3 0 年 1 月分

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者等氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定に係る障害児氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 事業者及びその事業所の名称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

利用者負担上限月額① 3 7 2 0 0

| 給付費明細欄 | サービス内容           | 単位数   | 回数 | サービス単位数 | 摘要   |
|--------|------------------|-------|----|---------|--|
|        | 日中2.0(身あり)       | 745   | 2  | 1490    | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     早朝・日中・夜間・深夜で時間を跨ぐ場合は、別紙参照。                 </div> |
|        | 早朝0.5+日中2.5(身あり) | 1,001 | 1  | 1,001   |  |
|        | 日中5.0(身あり)       | 1297  | 1  | 1297    |  |
|        | 日中1.0グループ(身あり)   | 337   | 1  | 337     |  |
|        | 日中増4.5(身あり)      | 828   | 1  | 828     |  |
|        | 夜間増1.0(身あり)      | 230   | 1  | 230     |  |
|        | 合計               |       |    | 5,183   |  |

利用日数の数え方は、1日に2度サービスを提供しても、同日なら1日とカウントしてください。

| 請求額集計欄      | サービス利用日数      |             | 4      | 日  | 備考                               |
|-------------|---------------|-------------|--------|--|----------------------------------|
|             | 給付単位数         |             | 5,183  |  |                                  |
|             | 単位数単価         |             | 10     | 円/単位   |                                  |
|             | 給付率           |             | 90/100 |  | ※所得区分が生活保護の利用者も 90/100           |
|             | 総費用額          |             | 51,830 |  | 給付単位数×単位数単価 ※小数点以下切り捨て           |
|             | 給付率に基づく       | 請求額         | 46,647 |  | 総費用額×(90/100) ※小数点以下切り捨て         |
|             |               | 利用者負担額②     | 5,183  |  | 総費用額－請求額                         |
|             | 決定利用者負担額③     |             | 5,183  |  | 利用者負担額①②のうち少ない額 (上限管理前の決定利用者負担額) |
|             | (上限管理前)給付費請求額 |             | 46,647 |  | 総費用額－決定利用者負担額③                   |
|             | 自治体助成額集計欄     | 区減額前利用者負担額④ |        | 5,183  |                                  |
| 区減額後利用者負担額⑤ |               | 1,555       |        | 区の軽減後の利用者負担額<br>総費用額×(3/100) ※小数点以下切り捨て                      |                                  |
| 最終適用利用者負担額⑥ |               | 1,555       |        | 利用者負担額④⑤のうち少ない額  |                                  |
| 自治体助成額      |               | 3,628       |        | 利用者負担額④>利用者負担額⑤の場合→利用者負担額(④-⑤)<br>利用者負担額④<利用者負担額⑤の場合→利用者負担額④ |                                  |

|      |                    |  |
|------|--------------------|--|
| 区記入欄 | 障害福祉サービス利用後負担上限月額⑦ |  |
|      | 上限管理後利用者負担額⑧       |  |
|      | 区請求額               |  |

枚中 枚目

平成30年1月分

新宿区移動支援サービス提供実績記録票

|           |                             |    |       |
|-----------|-----------------------------|----|-------|
| 受給者証番号    | 支給決定障害者等氏名<br>(障害児氏名)       | 名前 | 事業所番号 |
| 契約支給量     | 身体介護あり ( 40H) ・ 身体介護なし ( H) |    | 事業者及び |
| 利用者負担上限月額 | 37,200 円                    |    |       |

受給者証で、契約支給量、身体介護の有無、利用者負担上限月額を確認し、記入してください。

| 日付  | 曜日 | サービス提供時間 |                             | 算定時間 | 派遣人数 | サービス提供者印 | 利用者確認印 | 備考<br>(グループ支援の場合「グループ」と記載する。) |
|---|----|----------|-----------------------------|------|------|----------|--------|-------------------------------|
|   |    | 開始時間     | 終了時間                        |      |      |          |        |                               |
| 4   | 木  | 15:30    | <del>印 15:00</del><br>16:30 | 1    | 1    | 印        | 印      | 〇〇事業所から〇〇教室まで。「グループ           |
| 5   | 金  | 8:00     | 10:00                       | 2    | 1    | 印        | 印      | 自宅～通所施設                       |
| 5   | 金  | 16:00    | 18:00                       | 2    | 1    | 印        | 印      | 通所施設～自宅                       |
| 6   | 土  | 7:30     | 15:00                       | 7.5  | 1    | 印        | 印      | 自宅～高尾山～自宅                     |
| 7   | 日  | 13:00    | 19:00                       | 6    | 1    | 印        | 印      | 自宅～映画館～自宅                     |
| <p>実績は、日付順に記載してください。</p> <p>・サービス提供時間を訂正する場合は、誤った箇所に二重線を引き、その上に利用者印を押して訂正してください。<br/>サービス提供責任者の印で訂正する場合は、訂正された日時のサービス提供記録のコピーを添付して区役所に提出してください。</p> <p>・備考欄には、サービス提供を行った従業者が障害者居宅介護従業者基礎研修の修了者である場合には「基礎」と、重度訪問介護従業者研修修了者である場合には「重訪」と、グループ支援を行った場合には、「グループ」と記載してください。</p> |    |          |                             |      |      |          |        |                               |
| 合計  |    |          |                             |      |      |          |        |                               |

※ 通院には利用できません。(介護給付の通院等介助を利用してください。)