

# 大田区移動支援事業

## 契約・請求の手引き 資料集

(参考様式)

	項 目	ページ
1	移動支援サービスモデル契約書	1
2	モデル契約書別紙	6
3	移動支援サービスモデル重要事項説明書	7
4	移動支援計画書 (参考様式)	12
5	サービス実施記録 (参考様式)	15
6	事故報告書 (参考様式)	16
7	代理受領通知 (参考様式)	16

# 移動支援サービスモデル契約書

〇〇〇〇様（以下「利用者」といいます。）と□□□□（以下「事業者」といいます。）は、事業者が移動支援サービスを利用者に提供し、利用者は、それに対する料金を事業者に支払うことについて、次のとおり契約を締結します。

## （契約の目的）

第1条 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、大田区障害者総合支援条例及び大田区障害者総合支援条例施行規則に基づき、地域における自立生活及び社会参加を促すことを目的に移動支援サービスを提供し、利用者は、事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

## （契約期間）

第2条 この契約の契約期間は、〇〇年〇〇月〇〇日から利用者の移動支援サービス支給期間満了日までとします。

2 契約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出がない場合で、利用者の移動支援サービスの支給期間満了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

## （移動支援計画）

第3条 移動支援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うえで、必要性がある場合に、担当する従業者の氏名、従業者が提供する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、本契約締結の日から〇〇日以内に作成します。

2 移動支援計画については、必要に応じて見直します。

3 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その同居の家族に説明します。

## （移動支援サービスの内容）

第4条 事業者は、移動支援従業者を派遣し、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サービスの内容は、契約書別紙のとおりです。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たこと、又は移動支援サービスの承認内容が変更されたことにより、事業者が提供するサービスの内容が変更となる場合は、利用者の上承を得て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（移動支援支給申請に係る援助）

事業者は、利用者が移動支援支給期間終了に伴う移動支援支給申請を円滑に行えるよう、利用者を援助します。

（サービス提供の記録）

第6条 事業者は、毎回のサービス終了時に、利用者から書面によりサービス提供の確認を受けます。

- 2 事業者は、移動支援サービスの提供に関する諸記録を作成し、契約終了後5年間保存します。
- 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前項の諸記録を閲覧できます。
- 4 利用者は、実費相当額を負担することにより、当該利用者に関する第2項の諸記録の複写物の交付を受けることができます。

（料金）

第7条 利用者は、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へ通知します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を翌月〇日までに（ ）の方法で支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払を受けたときは、利用者へ領収証を発行します。
- 5 利用者は、1項に定めるサービスの対価としての料金のほかに、従業者が移動支援サービス実施のための要した実費負担額の費用を負担します。

（サービスの中止）

第8条 利用者は、事業者に対して、サービス提供の〇時間前までに申し出ることで、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 利用者がサービス実施の〇時間前までに申し出ることなく、サービス利用を中止する場合は、事業者は、利用者に対して契約書別紙に定める計算方法により料金を請求することができます。

（相談・苦情対応）

第9条 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要望、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) 事業者が利用者又は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

(契約の終了)

第 10 条 利用者は、事業者に対して、○日間の予告期間を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・縮小等、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、30日間の予告期間をおいて、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) 利用者の居宅介護サービスに係る利用料金の支払いが正当な理由なく○ヶ月以上遅延し、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が事業者や従業者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ついての支給決定が取り消された場合、もしくは移動支援の支給期間終了に伴い移動支援の支給申請を行った結果、不支給となった場合、所定の期間の経過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) 利用者が介護給付において重度訪問介護・重度障害者包括支援・行動援護の支給決定がなされた場合

(2) 施設入所支援のサービスを受ける場合

(3) 利用者が区外へ転居した場合

(4) 利用者が死亡した場合

(秘密保持)

第 11 条 事業者及びその従業者は、サービス提供をするうえ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及び従業者が事業所を退職した後も同様です。

2 前項の規定にかかわらず、サービスの質の向上を目的とし、東京都福祉サービス評価推進機構が福祉サービス第三者評価機関として認証した東京都社会福祉協議会その他の評価機関による審査を受けるために、事業者が利用者の個人情報を用い

ることに、利用者は同意するものとします。

(賠償責任)

第 12 条 事業者は、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。

(緊急時の対処)

第 13 条 事業者は、現に移動支援サービス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。

(身分証携行義務)

第 14 条 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。

(連携)

第 15 条 事業者は、移動支援サービスの提供に当たっては、他の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、移動支援サービスの提供終了に際しては、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。

(本契約に定めのない事項)

第 16 条 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については、障害者総合支援法令及び大田区障害者移動支援事業実施要綱その他諸規程の定めるところにしたいが、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

(裁判管轄)

第 17 条 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あらかじめ合意します。

利用者及び事業者は、この契約を証するため、本書 2 通を作成し、署名押印のうえ、それぞれ 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)

印

利用者

(住所)

(氏名)

印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

印

## モデル契約書別紙

この契約書別紙は、本契約の条項に基づき、利用者個別の事項を定めます。

### 1 提供するサービスの内容

- (1) 地域生活支援事業：大田区障害者移動支援事業
- (2) ご利用日及び時間帯：随時

### 2 利用料金

- (1) 利用者負担額は、支給決定通知書にある負担上限月額となります。ただし、移動支援サービスに要した費用の10%の方が低い場合には、10%の額になります。
- (2) (交通費・外出中の費用 事業者ごとに規定)

### 3 キャンセル規定

(利用者の都合によりサービスを中止する場合は、  
下記のキャンセル料が必要です。事業者ごとに規定)

事業者

(事業者名)

(住所)

(代表者名)

印

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)

印

# 移動支援サービスモデル重要事項説明書

( 年 月 日現在)

## 1 事業者の概要

名称	
法人種別	
法人所在地	
電話番号	
代表者氏名	
法人の沿革・特色	
法人が所有する 営業所の種類・数	

## 2 事業所の概要

事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所の電話番号	
サービス提供地域	
サービス提供曜日・ 時間	
事業所番号	( 年 月 日指定)
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

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者				
移動支援 サービス提供責任者				
ヘルパー				
事務員				

## 4 主たる対象者




## 5 サービスの内容

### 【移動支援】

## 6 利用料金

### (1) 移動支援サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割です。ただし、住民税非課税世帯及び生活保護世帯については、0円です。

※ 事業者が利用者に代わり大田区から受領した移動支援サービス費の額については、利用者に通知します。

### (2) その他の料金


### (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。

- |   |                            |      |
|---|----------------------------|------|
| } | ・ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合    | →無料  |
|   | ・ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合    | →〇〇円 |
|   | ・ご利用の12時間前までにご連絡いただかなかった場合 | →△△円 |

### (4) その他

上記(1)から(4)のほかに、従業者がサービスを提供するために必要となる実費相当額としての費用は、利用者にご負担いただきます。

### (5) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月〇日までに請求しますので、〇日までにお支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

## 7 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

ア 移動支援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。

イ サービス利用が決定した場合は契約を締結し、移動支援計画を作成して、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。

ウ 移動支援サービス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

- ア 利用者が当事業者に対し○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。
- イ 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。
- ウ 利用者がサービス利用料金の支払いを○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。
- エ 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30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。

- ア 利用者が介護給付において重度訪問介護・重度障害者包括支援・行動援護の支給決定がなされた場合
- イ 施設入所支援のサービスを受ける場合
- ウ 区外に転居された場合
- エ 利用者が亡くなった場合

8 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

--	--

9 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	

10 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、大田区福祉部障害福祉課の窓口等でも相談・苦情を受け付けています。

担当部署	
電話番号	
受付時間	

年 月 日

移動支援サービス利用にあたり、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)

(名称)

印

(説明者)

所属

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

### 移動支援計画書（参考例1）

作成日		事業所名		作成者				
利用者名		生年月日						
住 所		電話番号						
支給期間		負担上限額						
サービス種別	(身体介護あり・身体介護なし)							
支給量等	時間/月	うち通所	時間/月					
契約支給量	時間/月	他事業所等利用状況						
本人(家族)の希望								
援助目標								
サービス内容								
<b>【計画予定表】</b>								
時 間	月	火	水	木	金	土	日	備 考
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
移動支援計画の内容に了承しました。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">                     年        月        日                 </div> <div style="text-align: center;">                     利用者氏名                      代理（立会）人                      （続柄）                 </div> <div style="text-align: center;">                     印                      印                 </div> </div>								

## 移動支援計画書（参考例2）

作成日 令和 年 月 日

障害種別	身体・知的・精神	作成者	事業所名	
受給者証番号			サービス提供責任者	
利用者	生年月日	住所		連絡先
契約量			支給決定期間	
(決定支給量 <input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし             )			時間のうち 時間 時間	

本人(家族)の要望	
-----------	--

援助目標	長期	
	短期	

<b>【配慮すべきポイント】</b>
--------------------

<b>【サービスの内容】</b> (利用時間帯、頻度、支援内容や目的地など)	
サービス 1	
担当ヘルパー	
サービス 2	
担当ヘルパー	
サービス 3	
担当ヘルパー	

説明日	年 月 日	利用者確認欄
説明者		移動支援計画書の内容を了承し、交付を受けました。
有効期間	利用者確認日から1年	令和 年 月 日
		㊟

サービス 1

所要時間	サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族にやっていただくこと

サービス 2

所要時間	サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族にやっていただくこと

サービス 3

所要時間	サービス内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族にやっていただくこと

## サービス実施記録（参考例）

移動支援サービス実績記録票		事業所名	
利用者名 _____ 様 令和 ____ 年		利用者確認欄	ヘルパー名
月 日		時 間	
月 日 ( )		: ~ :	
記  録	行 先	主な援助内容	備 考
	経 路		
	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車		
(その他)		(使用の内訳)	
預り金	円 — 使用額	円 =	円

移動支援サービス実績記録票		事業所名	
利用者名 _____ 様 令和 ____ 年		利用者確認欄	ヘルパー名
月 日		時 間	
月 日 ( )		: ~ :	
記  録	行 先	主な援助内容	備 考
	経 路		
	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車		
(その他)		(使用の内訳)	
預り金	円 — 使用額	円 =	円



## 事 故 報 告 書 (参考例)

大田区長 様

報告年月日 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	年	月	日 ( )	午前・午後	時 分頃
2 発見時間	年	月	日 ( )	午前・午後	時 分頃
3 利用者名					
4 利用者住所					
5 事故発生場所 略図	場所	6 事故内容(該当を○で囲む) ①転倒      ②転落      ③誤嚥 ④異食      ⑤食中毒      ⑥その他  ( )			
	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 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 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					

様

移動支援サービス事業者名

代表者名 印

## 移動支援サービス費の代理受領のお知らせ

様に提供した移動支援サービスに要した費用について、大田区から次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、当事業所もしくは大田区にお問い合わせください。

サービス提供年月	令和 年 月	
受領日	令和 年 月 日	
代理受領額の内訳	サービスに要した 費用の全体の額 (1) ※	金 円
	利用者負担額 (2)	金 円
	代理受領額 (1) - (2)	金 円

※ 別紙で明細書を添付するなど (1) についての計算過程を示してください。

移動支援サービス費明細書

			年 月分
受給者番号 (10桁)		事業所番号 (10桁)	
支給決定障害者 (保護者)氏名		事業者及び その事業所 の名称	
支給決定に係る 児 童 氏 名			

サービス費用の計算欄	サービス内容	単位額	回数	算定額	
<b>1 サービス費用</b>					
<b>2 利用者負担額</b> (1)と(2)の少ない方の額 ただし、(3)がある場合は、(3)の額					
(1) サービス費用の10%の額(1円未満切り捨て)					
(2) 利用者負担上限月額					
(3) 上限額管理後の利用者負担額 (ある場合のみ記入する。)					
<b>3 移動支援サービス費の請求額 ( 1-2 )</b>					

代理受領通知

様に提供した移動支援サービスに要した費用について、大田区から次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、当事業所もしくは大田区にお問い合わせください。

年 月 日

移動支援サービス事業者名

代表者名

印