おあしす移動支援事業重要事項説明書

（　令和　６年　４月　１日現在）

１　事業者の概要

名称	株式会社　ビー　オアシス
法人種別	営利法人
法人所在地	千葉県船橋市本町７－１３－８
電話番号	０４７－４１１－６８７１
代表者氏名	代表取締役　赤坂　昌一

２　事業所の概要

事業所の名称	おあしすヘルパー・センター
事業所の所在地	千葉県浦安市北栄３－３３－２７　1階
事業所の電話番号	０４７－３１１－４６４４
サービス提供地域	浦安市、市川市の一部
サービス提供曜日・時間	月曜日～土曜日　　８：３０～１７：３０ ※ 上記以外の日時をご希望の際もご相談下さい ※ 定休日は、毎週日曜・12月30日～1月３日となっております
事業所番号	１２７３２００６１６
運営方針	１我々スタッフは、尊敬・感謝・安心・親切をキーワードに業務にあたります。 ２我々スタッフは、客様にとって、在宅の“オアシス”となれますよう自己研鑽に努めます。
事業所が行っている他の業務	１介護保険法における訪問介護、通所介護、居宅介護支援

３　事業所の職員体制

職種	常勤（人）	非常勤（人）	資格等
管理者	1		介護福祉士
サービス提供責任者	2		介護福祉士
ヘルパー		5	介護福祉士・ヘルパー2級
事務員		1	

４　サービスの内容

①移動支援

社会生活上必要不可欠な外出	
その他の外出	

②その他のサービス

介護等の相談	

５　利用料金

（１）移動支援支給対象サービス利用者負担額

提供した移動支援サービスの費用の１割（ただし、受給者証に記載された上限額の範囲内）の料金をいただきます。

事業者が利用者に代わり浦安市から受領した費用の額については、利用者に通知します。

（２）その他の料金

実費が必要なもの	

（３）交通費

上記２で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所の従業者がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

（４）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。

・ご自宅に担当ヘルパーがお伺いし、その場でキャンセルを申し受けた場合は
キャンセル料として1,000円頂きます。またお伺い先まで交通費がかかった場合、
その実費も頂きます。

（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２０日までに請求しますので、２７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、現金または振込みでお願いします。

６　サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

①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。

②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。契約の有効期間は受給者証記載の支給期間と同じです。

③移動支援の提供にあたっては、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

①利用者が当事業者に対し30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。

②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。

③利用者がサービス利用料金の支払いを２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、30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。

④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。

①移動支援の支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

②利用者が亡くなった場合

７　緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の様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	

８　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

受付担当者	赤坂　久美（管理者）	解決責任者	赤坂　昌一（代表取締役）
電話番号	０４７－３１１－４６４４		
受付時間	月曜～金曜　　10時～17時		

当事業所以外に、市役所の窓口でも受け付けています。

浦安役所 障がい事業課	所在地　浦安市猫実１－１－１ 電話　　０４７－３５１－１１１１（　代　表　） FAX　　０４７－３５５－１２９４ 受付時間　月曜～金曜8時30分～17時（祝日・12/29～1/3を除く）

その他の苦情受付機関

千葉県運営適正化委員会	所在地　千葉市中央区千葉港４-５（千葉県社会福祉センター内） 電話　　０４３－２４６－０２９４ FAX　　０４３－２４６－０２９８ 受付時間　月曜～金曜10時～12時　13時～16時 （祝日・12/29～1/3を除く）

令和　　年　　月　　日

移動支援事業利用にあたり、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）　船橋市本町７－１３－８
（名　称）　株式会社　ビー　オアシス　　印

（説明者）　　氏　名　　赤坂　久美　　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事業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）　　印

個人情報に関する同意書

㈱ビー　オアシス及びサービス従業者が業務上知り得た、私並びに家族等の個人情報を、医療上必要がある場合、もしくは居宅介護支援事業者との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報を用いること、又必要な情報を収集することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

事業者　　住所　　千葉県船橋市本町７－１３－８

事業社名　　株式会社　ビー　オアシス　　印

取扱事業所　　おあしすヘルパー・センター

管理者　　赤坂　久美　　印

お客様　　住所

氏名　　印

保護責任者　　住所

氏名　　印