

重要事項説明書

(同行援護用)

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条及び「大阪府指定障害福祉サービス事業者の指定並びに指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 107 号）」第 10 条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 同行援護サービスを提供する事業者について

| | |
|----------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 慶生会 |
| 代表者氏名 | 理事長 永井正史 |
| 本社所在地 (連絡先) | 大阪府大阪市生野区巽東四丁目 11 番 10 号 TEL : 06-6758-0088 FAX : 06-6758-7601 |
| 法人設立年月日 | 昭和 61 年 4 月 12 日 |

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|------------------------------|--|
| 事業所名称 | 慶生会住道ヘルパーステーション |
| サービスの 主たる対象者 | 視覚障がい者 視覚障がい児 難病等対象者 |
| 大阪府指定 事業所番号 | 同行援護 2711900056 号 (平成 23 年 10 月 1 日指定) |
| 事業所所在地 | 大阪府大東市三住町 2 番 7 号 シティワース 201 号 |
| 連絡先 相談担当者名 | TEL : 072-889-1717 FAX : 072-806-2885 管理者 打田 あゆみ |
| 事業所の通常 の事業実施地域 | 大東市全域 |
| 事業所が行なう 他の指定障がい 福祉サービス | 居宅介護 2711900056 号 (平成 18 年 10 月 1 日指定) 重度訪問介護 2711900056 号 (平成 18 年 10 月 1 日指定) 移動支援事業 地域支援事業 (平成 18 年 10 月 1 日指定) |

(2) 事業の目的および運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 社会福祉法人慶生会が設置する慶生会住道ヘルパーステーションにおいて実施する指定障害福祉サービス事業の指定居宅介護等の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定居宅介護等の円滑な運営管理を図るとともに、利用者等の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った指定居宅介護等の提供を確保することを目的とする。 |
|-------|---|

| | |
|---------|--|
| 運 営 方 針 | 法人の綱領である「和敬・愛語・感謝」を精神的支柱として人と和を重んじ人間の良き関係を求めて社会福祉事業に邁進し役割を果たす。 地域においては、他施設や保険・医療などの関係機関との連携を強化しその中心的役割を担い地域福祉の向上に努める。 |
|---------|--|

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|-------|-------------------------------------|
| 営 業 日 | 月曜日か金曜日まで(祝日を含む)(12月30日より1月3日までを除く) |
| 営業時間 | 午前9時から午後5時30分まで |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|------------------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日から土曜日まで(祝日を含む)(1月1日より1月3日までを除く) |
| サービス提供時間 | 午前9時から午後5時30分まで |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|-------|--------------------|
| 管 理 者 | サービス提供責任者兼務 打田 あゆみ |
|-------|--------------------|

| 職 種 | 職 務 内 容 | 人 員 数 |
|-------------------|--|--------------------------|
| 管 理 者 | 1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常 勤 1 人 |
| サ ー ビ ス 提 供 責 任 者 | 1 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、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、障がい福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、援助の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者又は障がい児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した同行援護計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に同行援護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 同行援護計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて同行援護計画の変更を行います。 5 指定同行援護事業所に対する指定同行援護の利用の申込みに係る調整を行います。 6 同行援護従業者(以下「ヘルパー」という)等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 | 常 勤 4 人 非常勤 0 人 |

| | | |
|------|---|---------------------------|
| ヘルパー | 1 同行援護計画に基づき、同行援護サービスを提供します。 2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 | 常 勤 0 人 非常勤 30 人 |
| 事務職員 | 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 | 常 勤 0 人 非常勤 1 人 |

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
|-----------|--|
| 同行援護計画の作成 | 利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた手順書を作成し、この手順書を元に同行援護計画を作成します。 |
| 同行援護 | 外出時において、移動に必要な情報提供（声かけ、代筆、代読等）を行うとともに、利用者がヘルパーの肩やひじを持つなどして移動の支援を行います。 また外出時の移乗、移動、排尿、排便及び食事等において必要な介助を行います。 |

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ① 医行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（長期にわたる外出など）
- ⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障がい福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

利用料金の目安は、次表のとおりです。

(小数点以下の処理の関係上、概算としてご参照ください)

* 地域区分毎の加算 (3級地、1単位=10.90円) をかけて計算した金額です。

| 30分未満 (単位数 191) | | 30分以上 1時間未満 (単位数 302) | | 1時間以上 1時間30分未満 (単位数 436) | | 1時間30分以上 2時間未満 (単位数 501) | |
|--------------------------------|--------|--------------------------------|--------|------------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 2,081 円 | 208 円 | 3,291 円 | 329 円 | 4,752 円 | 475 円 | 5,460 円 | 546 円 |
| 2時間以上 2時間30分未満 (単位数 566) | | 2時間30分以上 3時間未満 (単位数 632) | | 3時間以上 693単位に30分毎加算 (+単位数 66) | | | |
| 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
| 6,169 円 | 616 円 | 6,888 円 | 688 円 | 719 円 | 71 円 | | |

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、同行援護計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、同行援護計画の見直しを行いません。
- ※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が2人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。
- ※ 利用者の体調等の理由で同行援護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。
- ※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【加算項目】

①サービス提供の時間帯により下表のとおり料金が加算されます。

| 提供時間帯名 | 早 朝 | 昼 間 | 夜 間 | 深 夜 |
|--------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 時 間 帯 | 午前 6 時から 午前 8 時まで | 午前 8 時から 午後 6 時まで | 午後 6 時から 午後 10 時まで | 午後 10 時から 午前 6 時まで |
| 加算割合 | 100 分の 25 | | 100 分の 25 | 100 分の 50 |

②事業所のとっている体制又は、対応の内容等により、下表のとおり料金が加算されます。
(※円未満の端数は四捨五入)

| 加算項目 | 利用料 | 利用者 負担額 | 算定回数等 |
|--------------------------|---------------------------|------------|---|
| 特定事業所加算(Ⅱ) | 所定単位数の 10/100 | 左記の1割 | 1回当たり |
| 緊急時対応加算(単位数100) | 1,090 円 | 109 円 | 身体介護又は通院等介助(身体介護を 伴う場合)に限る。 1回の要請につき1回、利用者1人 に対し、1月に2回を限度とする |
| 初回加算(単位数200) | 2,180 円 | 218 円 | 初回月1回のみ |
| 利用者負担上限額管理加算 (単位数150) | 1,635 円 | 163 円 | 1月あたり |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | サービス合計単位数に41.7%の加算率を乗じて加算 | | |

③利用者負担額の計算方法

| ◆ 提供するサービスの利用者負担額計算(障害サービスを適用する場合) ◆ | | |
|--------------------------------------|-----|--------|
| 1. 単位数×110%=特定事業所加算 | ・ ・ | ① 四捨五入 |
| 2. ①×回数=サービス合計単位数 | ・ ・ | ② |
| 3. ②×41.7%=処遇改善加算 | ・ ・ | ③ 四捨五入 |
| 4. ②+③=総単位数 | ・ ・ | ④ |
| 5. ④×10.90円(地域加算)=費用総額 | ・ ・ | ⑤ 切捨て |
| 6. ⑥×10%=利用者負担額となります。 | ・ ・ | ⑥ 切捨て |

- ※ 特定事業所加算は、サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質や確保や介護職員の活動環境の整備、重度用介護者への対応などを行っている事業所に認められる加算です。
- ※ 緊急時対応加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更を行い、ヘルパーが居宅介護計画において計画的に訪問することとなっていないサービスを緊急に行った場合に加算します(対象となるサービスは、身体介護及び通院等介助(身体介護を伴う場合)に限ります)。
- ※ 初回加算は、新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合又は他のヘルパーがサービス提供を行う際に同行した場合に加算します。
- ※ 利用者負担上限額管理加算は、利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

4 その他の費用について

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| ① 交通費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は ① 事業所から片道 2km～5km 未満 100円 ② 事業所から片道 5km 以上の場合は 2km 毎に 50円加算を請求いたします | |
| ② キャンセル料 | 利用予定日の前日 17:30 までにご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 利用予定日の前日 17:30 までにご連絡がなかった場合 | 予定サービス提供当りの料金の利用者負担額を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | | |
| ③ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用 ④ 同行援護におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費 | <u>利用者（お客様）の別途負担となります。</u> | |

5 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

| | |
|------------------------|---|
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | 利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) ゆうちょ銀行自動振替 (イ) 銀行自動振替 (ウ) 現金支払い お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡します。保管をお願いします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。なお、領収書の再発行はいたしません) |
|------------------------|---|

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から 3 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 7 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

| | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|------------|-----------|--------------|----------|--------------|-------------|------------------|
| 利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | <table> <tr> <td>ア 相談担当者氏名</td> <td>管理者 打田 あゆみ</td> </tr> <tr> <td>イ 連絡先電話番号</td> <td>072-889-1717</td> </tr> <tr> <td>同ファックス番号</td> <td>072-806-2885</td> </tr> <tr> <td>ウ 受付日及び受付時間</td> <td>月～土 (9:00～17:00)</td> </tr> </table> | ア 相談担当者氏名 | 管理者 打田 あゆみ | イ 連絡先電話番号 | 072-889-1717 | 同ファックス番号 | 072-806-2885 | ウ 受付日及び受付時間 | 月～土 (9:00～17:00) |
| ア 相談担当者氏名 | 管理者 打田 あゆみ | | | | | | | | |
| イ 連絡先電話番号 | 072-889-1717 | | | | | | | | |
| 同ファックス番号 | 072-806-2885 | | | | | | | | |
| ウ 受付日及び受付時間 | 月～土 (9:00～17:00) | | | | | | | | |

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 同行援護計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「同行援護計画」を作成します。作成した「同行援護計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いいたします。

サービスの提供は「同行援護計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(3) 同行援護計画の変更等

「同行援護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者（児）虐待の防止、障害者（児）の養護者に対する支援等に関する法律（平成 23 年法律第 79 号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 打田 あゆみ |
|-------------|------------|

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

- ⑥ 虐待防止のための指針を作成します。
- ⑦ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○ 事業者は、従業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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| <p>②個人情報の保護について</p> | <p>○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

10 緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。
- ② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に、利用者の状態に応じて随時必要な対応を行います。(※連絡先は事業所の電話番号)

| | | |
|----------------|---------|------------------|
| 利用者の 主治医 | 医療機関の名称 | |
| | 医師名 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名 | |
| | 利用者との続柄 | |
| | 電話番号 | (自宅) (携帯) |

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する同行援護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する同行援護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|--------------------|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
| 保 険 名 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |

12 身分証携行義務

同行援護従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

指定同行援護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

14 連絡調整に対する協力

同行援護事業者は、指定同行援護の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

15 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

指定同行援護の提供に当り、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

- ① 指定同行援護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 指定同行援護の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービスを提供した日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。）

17 業務継続計画の策定等

- ① 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- ② 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- ③ 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

18 衛生管理等

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- ③ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- ④ 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ⑤ 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

19 苦情解決の体制及び手順

- (ア) 提供した指定同行援護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
- (イ) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- 苦情または相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ状況の聞き取りの為訪問し事情の確認を行う
 - 管理者は訪問介護員に事実関係の確認を行う
 - 相談担当者は把握した状況を管理者と共に検討を行い対応の決定をする
 - 対応内容に基づき必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う（時間を要する内容もその旨を翌日まで連絡する）

| | |
|--|---|
| <p>【事業者の窓口】 慶生会住道ヘルパーステーション 担当：管理者 打田 あゆみ</p> | <p>所在地 大東市三住町2番7号テイクス201号 電話番号 072-889-1717 ファックス番号 072-806-2885 受付時間 月～土 午前9時～午後5時30分</p> |
| <p>【市町村（保険者）の窓口】 大東市障がい福祉課</p> | <p>所在地 大東市谷川1-1-1 電話番号 072-872-2181 ファックス番号 072-875-3018 受付時間 月～金（祝日を除く） 午前9時～午後5時30分</p> |
| <p>【市町村（保険者）の窓口】 東大阪市健康福祉局福祉部 障害者支援室</p> | <p>所在地 東大阪市荒本北1-1-1 電話番号 06-4309-3184 ファックス番号 06-4309-3815 受付時間 月～金曜日（祝日を除く） 午前9時～午後5時30分</p> |
| <p>【市町村（保険者）の窓口】 四條畷市障がい福祉課</p> | <p>所在地 四條畷市中野本町1-1 電話番号 072-877-2121 ファックス番号 072-879-2596 受付時間 月～金（祝日を除く） 午前9時～午後5時30分</p> |
| <p>【公的団体の窓口】 大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」</p> | <p>所在地 大阪府中央区中寺1丁目1番54号 大阪社会福祉指導センター1階 電話番号 06-6191-3130 ファックス番号 06-6191-5660 受付時間 月～金曜日（祝日を除く） 午前10時～午後4時</p> |

20 サービス提供開始可能年月日

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

21 重要事項説明の年月日

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

上記内容について、「大阪府指定障害福祉サービスの事業者の指定並びに指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 107 号）」第 10 号の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | |
|-----|-------|-----------------------|
| 事業者 | 所在地 | 大阪市生野区巽東四丁目 11 番 10 号 |
| | 法人名 | 社会福祉法人 慶生会 |
| | 代表者名 | 理事長 永井 正史 |
| | 事業所名 | 慶生会住道ヘルパーステーション |
| | 説明者氏名 | サービス提供責任者 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

| | | |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | |

(代筆者氏名: 続柄:)

| | | |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | |