社会福祉法人　手取会　大門園訪問介護サービスセンター
福祉有償運送　重要事項説明書

社会福祉法人　手取会（以下「法人」という。）は移動が困難方に対して自家用自動車（以下「自動車」）を使用した福祉有償運送サービス(以下「福祉有償運送」という。)を提供します。

１．実施主体

この事業の実施主体は法人とし、北陸信越運輸局石川運輸支局の福祉有償運送の登録を得て実施するものとします。

自家用有償旅客運送(種別：福祉有償運送)・令和　4 年 10 月 19 日登録

２．運行車両

法人は、福祉有償運送の登録を得た福祉自動車及びセダン型で福祉有償運送を行うものとします。

３．利用者

有償福祉運送の利用者は、法人で定めた会員とその同居人でかつ福祉有償運送利用登録者として、別紙様式第 1 号に基づき登録手続きを行ったものとします。

４．利用登録者の要件

ロ）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 5 条に規定する精神障害者

ハ）障害者の雇用の促進等に関する法律第 2 条第 4 号に規定する知的障害者

二）介護保険法第 19 条第 1 項に規定する要介護認定を受けている者

ホ）介護保険法第 19 条第 2 項に規定する要支援認定を受けている者

へ）介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 4 第 2 号の基準(基本チェックリスト)に該当する者

ト）その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者

５．利用登録

福祉有償運送を利用しようとする者はあらかじめ福祉有償運送利用登録申請書と要件を満たしている証明の写しを法人へ提出し、利用登録を行わなければならない。ただし、利用しようとする者が未成年の場合は保護者等が利用登録者とします。

⑵法人は前項の利用登録の可否を決定し利用登録者名簿に記載するものとします。

⑶利用登録者は要件を満たしている証明の有効期間が過ぎた場合はその旨を申し出て下さい。

６．利用範囲

福祉有償運送で利用できる範囲は、金沢市・白山市・野々市市を発着場所とし、原則出発地より２５㎞圏内とするとともに利用時間内に往復できる範囲内を原則とします。

⑵前項に関わらず利用時間については法人が特に必要と認めた場合はその限りではありません。

７．利用日・利用時間

利用日は土・日曜日、祭日、年末年始を除く平日とし運行時間は法人発着時間で午前８時３０分時から午後５時３０分までとします。

８．利用申請

利用登録者は福祉有償運送を利用しようとする時は、利用希望日の１か月前から１週間前までに利用申請書を法人に提出し予約するものとします。だだし、法人が緊急と認めた場合には当日の申し込みを認めるものとします。

⑵利用申請は原則、受付専用電話を利用しその受付時間は（７．利用日・利用時間）に定めるものと同様とします。

９．利用の制限

福祉有償運送の利用申し込みがあった時、次の各号のひとつに該当する場合はその利用を制限することができます。

① 修理・車両検査等で車両利用ができない時

② 法人が福祉有償運送の利用により、契約者の身体等に変調をきたす恐れがあると認められる時

③ 運転手の確保が困難な時

④ 月の利用回数が８回を超える時

⑤ 上記の他、法人が利用を不適当と認めた時

１０．運転者

運転者は登録制とし、次の点を考慮して十分な能力及び経験を有する者とします。

① 原則として、普通第二種免許を有する者

② 運転歴３年以上の者で登録日前２年間運転免許停止処分を受けていない者

③ 国土交通大臣が認定する福祉有償運送運転者講習を修了した者

⑵運転者は運行管理責任者・整備管理者の指示のもとで、福祉有償運送の安全確保と移動制約者の利便確保に努め、運行前点検記録表及び運転日報により運行状況並びに車両点検実施、報告を行うものとします。

１１．介助者

福祉自動車及びセダン型への乗降にともなう介助以外に介助を必要とする場合は利用登録者が介助者を確保するものとします。

１２．利用料

距離制　運賃表　　（単位：円）			
Km	基　本　料　金	走　行　料　金	合　計　金　額
１	３００	０	３００
２	３００	１００	４００
３	３００	２００	５００
４	３００	３００	６００
５	３００	４００	７００
６	３００	５００	８００
７	３００	６００	９００
８	３００	７００	１，０００
９	３００	８００	１，１００
１０	３００	９００	１，２００
１１	３００	１，０００	１，３００
１２	３００	１，１００	１，４００
１３	３００	１，２００	１，５００
１４	３００	１，３００	１，６００
１５	３００	１，４００	１，７００
１６	３００	１，５００	１，８００
１７	３００	１，６００	１，９００
１８	３００	１，７００	２，０００
１９	３００	１，８００	２，１００
２０	３００	１，９００	２，２００
２１	３００	２，０００	２，３００
２２	３００	２，１００	２，４００
２３	３００	２，２００	２，５００
２４	３００	２，３００	２，６００
２５	３００	２，４００	２，７００
２６	３００	２，５００	２，８００
２７	３００	２，６００	２，９００
２８	３００	２，７００	３，０００
２９	３００	２，８００	３，１００
３０	３００	２，９００	３，２００
３１	３００	３，０００	３，３００
以後、１km を越えるごとに１２０円加算			

①年会費は４月～翌年３月の１年分の１，２００円とします。
※年途中に入会した場合は年度末まで１か月１００円で計算します。
②福祉自動車（車いす移乗車とセダン型）で対応します。
③距離（km）は四捨五入で計算します。
④有料・高速道路、駐車料金などが必要となる場合は、利用者が負担するものとします。
⑤会員登録以外の方の利用はできません。（福祉有償運送運営協議会規定）
⑥契約者の都合で福祉有償運送の日時を変更・中止する場合、前日までに連絡して下さい。午後の利用の方は、朝９時までに連絡をお願い致します。その後の取消にはキャンセル料として、１，０００円頂きます。
但し、体調の急な変化によるキャンセルはこの限りではありません。

１３．利用料の支払い

１ヶ月ごとの清算とし、前月分の請求明細書と共に毎月１０日までに送付します。月末までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア．金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：北國銀行・白山農業協同組合本支店
：ゆうちょ銀行(河内･別宮･吉野･尾口･白峰)

イ．下記指定口座への振り込み

北國銀行	鶴来支店	普通預金	００３５８５
白山農業協同組合	手取支店	普通口座	００１９８８１

＊　金融機関の口座からの自動引き落としは手取会が手数料を負担、指定口座への振り込みは手数料が個人負担となります。

１４．運行管理・整備管理

法人は運行管理業務及び整備管理業務を確実に行うために、運行管理責任者及び整備管理責任者を置くものとします。
②福祉有償運送を安全かつ有効な実施をはかるため、福祉有償運送管理マニュアルに沿って福祉自動車及びセダン型の運行管理体制・整備体制・運転者への事故防止のための教育及び指導体制、契約者からの苦情処理体制等を整備するものとします。
③運転者の運行管理責任者を置き、運行時の運転者の点呼、年２回以上の安全講習会等を受けさせるものとします。
④法人は運転協力者台帳、運転者名簿を作成・管理し運転者に対して契約者との運行調整を行うものとします。

１５．守秘義務

法人及び運転者は福祉有償運送を提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関す

る事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。本契約が終了した後も継続とします。

１６．損害賠償責任

法人は福祉有償運送の実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約者に損害が生じた時は、賠償する責任を負います。ただし契約者に故意または過失が認められる場合には契約者の置かれた心身の状況を勘案して、損害賠償責任を減じることができるものとします。

１７．事故に関する対応

運行責任者は運転者に対して車両運行中の万一事故が発生した場合の対応事項について運行管理マニュアルに沿って教育指導を実施し周知徹底を図るものとします。

②運行管理責任者は運転者その他の者から事故が発生した旨の連絡を受けた時は、直ちに運行管理マニュアルに沿った措置を講ずるものとします。

１８．苦情に関する対応

(1)　当事業所における苦情の受付

当事業者における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○　苦情受付窓口　　（担当者）　サービス提供責任者
村井　和美

○　受付時間　　月曜日　～　金曜日
８：３０　～　１７：１５

○　電話番号　　０７６－２５５－５７８４

１９．退会に関する対応

契約者が退会を希望される場合は、その旨を連絡下さい。退会の手続きを速やかに行います。退会の理由にかかわらず年会費の返金はいたしません。

福祉有償運送サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人　手取会

大門園　訪問介護サービスセンター

説明者名　　訪問介護員　　氏　名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、福祉有償運送サービスの提供開始に同意し、必要時における担当の介護支援専門員、他関係機関への介護内容や援助内容の情報提供を承諾しました。

契約者（利用者）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（契約者との関係：　　）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿