

同行援護契約書別紙

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の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 | 類型 | 内容 |
|----|-----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

同行援護サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額（行動援護サービスに要した総費用額（別添表）の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。

なお、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第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

あなたの月額負担上限額は、 市が定めた月額 円です。

ただし、他の事業者からも指定障害福祉サービスの提供を受け、利用者負担額の合計が月額負担上限額を超過する場合は、利用者が依頼した利用者負担上限管理事業者が算定し、当該事業者利用者負担額をお支払いいただきます。

(2) その他の居宅介護サービスに係る費用について

①交通費

「サービス提供地域」として定める福生市、羽村市、青梅市、瑞穂町、あきる野市、八王子市、日の出町、昭島市、立川市、東大和市、武蔵村山市、檜原村、奥多摩町における居宅介護サービス利用については、交通費が無料とな

ります。それ以外の地域への居宅介護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。

②記録等複写サービス

利用者の実費負担となります。

③通院等介助等における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) 株式会社 みらい (介護センター みらい)

(住所) 東京都福生市加美平 2-1-13

(代表者名) 代表取締役 林田 正直 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)

(続柄)

印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

理 由