

# 社会福祉法人美土里会 福祉有償運送サービス 料金表

(往復料金)

| 輸送距離            | 長距離割引 | 輸送料単価   |
|-----------------|-------|---------|
| ～ 2 km以内        | 0%    | 370 円   |
| 3 km ～ 5 km以内   | 10%   | 560 円   |
| 6 km ～ 10 km以内  | 20%   | 1,000 円 |
| 11 km ～ 15 km以内 | 25%   | 1,410 円 |
| 16 km ～ 20 km以内 | 30%   | 1,760 円 |
| 21 km ～ 25 km以内 | 35%   | 2,040 円 |
| 26 km ～ 30 km以内 | 40%   | 2,260 円 |
| 31 km ～ 35 km以内 | 45%   | 2,420 円 |
| 36 km ～ 40 km以内 | 50%   | 2,520 円 |
| 41 km ～ 45 km以内 | 50%   | 2,830 円 |
| 46 km ～ 50 km以内 | 50%   | 3,150 円 |
| 51 km ～ 55 km以内 | 50%   | 3,460 円 |
| 56 km ～ 60 km以内 | 50%   | 3,780 円 |

## 1.輸送の範囲

- (1) 原則として、輸送の範囲は上十三地域とします。
- (2) 上十三地域を超える輸送は原則行いませんが、事業所の管理者が認める場合は例外として輸送を行います。

## 2.有料道路の利用

- (1) 有料道路の利用を希望する場合は、その利用に係る料金を利用者にご負担いただきます。

## 3.利用料の算定

### (1) 料金計算式

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| $\text{輸送単価} = \text{距離 (km)} \times \text{単価126円} \times (100\% - \text{長距離割引})$ |
|-----------------------------------------------------------------------------------|

※ 距離とは、上記輸送距離欄内の〇〇以内の〇〇kmを指します

※ 上記計算式で算出した輸送料単価は1円以下を切り捨てて上表に反映させます

- (2) 上記介護輸送利用基準に記載の距離を超える場合には、5km刻みで距離割引50%を適用の上、上記料金計算式によって算出します
- (3) 実際の距離に端数が出る場合は、小数点以下を切り捨てた上で上記介護輸送利用基準にあてはめます

福祉有償運送サービス 利用登録票

下記の通り、福祉有償運送サービスの利用者として登録申請いたします。

記

|       |       |      |      |        |      |      |      |    |    |    |
|-------|-------|------|------|--------|------|------|------|----|----|----|
| 利用者   | フリガナ  |      |      |        |      |      | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 平成 |
|       | 氏名    |      |      |        |      |      |      | 年  | 月  | 日  |
|       | 住所    | 〒 -  |      |        |      |      | 電話番号 |    |    |    |
| 利用区分  | 要介護認定 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3   | 要介護4 | 要介護5 |      |    |    |    |
|       | 要支援認定 | 要支援1 | 要支援2 | 担当ケアマネ |      |      |      |    |    |    |
|       | 障害者手帳 |      |      |        |      |      |      |    |    |    |
|       | その他   |      |      |        |      |      |      |    |    |    |
| 緊急連絡先 | フリガナ  |      |      |        |      |      | 続柄   |    |    |    |
|       | 氏名    |      |      |        |      |      |      |    |    |    |
|       | 住所    | 〒 -  |      |        |      |      | 電話番号 |    |    |    |

令和 年 月 日

社会福祉法人美土里会  
理事長 殿

申込者 \_\_\_\_\_

利用者本人以外の場合は続柄  
( )

※法人記入欄

|    |   |    |     |         |    |    |            |
|----|---|----|-----|---------|----|----|------------|
| 判定 | 可 | 不可 | 理事長 | 総施長(代理) | 担当 | 受付 | 決裁日<br>/ / |
|    |   |    |     |         |    |    |            |