別記第1号様式(第4条関係)

介護保険串本町居宅介護福祉用具購入費等受領委任払取扱事業者届出書

年　　　月　　　日

串本町長　あて

(届出者)　所在地

事業者名称

代表者氏名

次のとおり、居宅介護福祉用具購入費等の受領委任払取扱事業者への登録を届け出ます。また、利用者から受領委任された居宅介護福祉用具購入費等は、次の口座に振込み願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者所在地 | (〒　　-　　　　) | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | |
| 都道府県による指定事業所番号  (居宅介護(予防)福祉用具販売事業者のみ) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀　　行  信用金庫  協同組合  労働金庫 | | | | | 本　店  支　店  支　所  出張所 | | | 種目 | | 1．普　通  2．当　座  3．その他 | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

串本町居宅介護福祉用具購入費等受領委任払いに係る誓約書

串本町長　あて

1　介護保険の保険給付の対象となる福祉用具の販売又は住宅改修の工事に関しては、関係法令及び串本町介護保険居宅介護福祉用具購入費等受領委任払実施要綱を遵守します。

2　利用者から受領委任払いの申出があった場合は、介護支援専門員等と連携し、介護保険被保険者証によって被保険者の資格、要介護認定等の有無及び有効期限、給付制限を受けていないこと、介護保険負担割合証によって利用者負担の割合を確認します。

3　居宅介護福祉用具購入費等については、自己負担額の支払いを利用者より受けるものとし、これを減免し、又は超過して費用を徴収しません。

4　福祉用具の販売又は住宅改修の工事に当たっては、他の利用者との公平性・公正性を確保します。

5　事業者の従業員及び従業員であった者は、業務上知り得た秘密は漏らしません。

6　届出書に記載した事項に変更(廃止)があったときには、速やかにその内容及びその年月日を町長に届け出ます。

以上のことを誓約します。

なお、誓約を破った場合、登録を取り消されても異議はありません。

　　　　年　　　月　　　日

所在地

事業者名称

代表者氏名