

## 【記入例】

様式第1号（第4条関係）

### 介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

浜田地区広域行政組合管理者 様

申請者 所 在 地

事業者名称

代表者氏名

署名以外は押印してください。

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|                 |                                                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|-----------------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| 事業所所在地          | (〒      —      )                                     |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 事業所名称           | ツカナ                                                  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 代表者氏名           |                                                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 電話番号            |                                                      |  |  |  |  | FAX 番号 |  |  |  |  |  |
| サービス種別          | 1 特定福祉用具販売事業者                      2 特定介護予防福祉用具販売事業者 |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 指定特定福祉用具販売事業者番号 |                                                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |

#### 指定振込口座

|       |         |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |
|-------|---------|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 金融機関コード |  |  |  | 名 称                |  |  |  |  |  |
|       |         |  |  |  | 銀 行<br>信用金庫<br>組 合 |  |  |  |  |  |
| 店 舗 名 | 支店コード   |  |  |  | 支 店 名              |  |  |  |  |  |
|       |         |  |  |  | 本 店<br>支 店<br>出張所  |  |  |  |  |  |
| 口座種目  | 普通 ・ 当座 |  |  |  | 口座番号               |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | ツカナ     |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |

## 福祉用具購入費受領委任払いの取扱いに関する誓約書

- 1 介護保険の保険給付の対象となる福祉用具の販売に関しては、関係法令及び浜田地区広域行政組合介護保険福祉用具購入費に係る受領委任払実施要綱（以下「要綱」という。）の規定を遵守します。
- 2 福祉用具の販売を行うに当たっては、福祉用具を購入する被保険者（以下「被保険者」という。）が要綱第3条に定める対象者であることを被保険者証により事前に確認します。また、正当な理由なく受領委任払いの利用を拒みません。
- 3 福祉用具購入に要する費用のうち、保険給付の対象となる部分の利用者負担額に相当する額については、これを減免し、又は超過して費用を徴収しません。なお、被保険者から利用者負担額に相当する額の支払いを受けたときは、購入費内訳の分かる領収書を発行します。
- 4 当事業所の役員若しくは従業員又はこれらの職にあった者は、福祉用具の販売に際して知り得た被保険者及びその他の家族の秘密を漏らしません。
- 5 申請書に記載した事項に変更があったときには、速やかにその内容及びその年月日を管理者に届け出ます。

以上のことを誓約します。

なお、この誓約に違反したときは、登録を取り消されても異議はありません。

年 月 日

住 所

事業者名称

代表者氏名

署名以外は押印してください。

様式第1号（第4条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

浜田地区広域行政組合管理者 様

申請者 所 在 地

事業者名称

代表者氏名

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|                 |                                                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|-----------------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| 事業所所在地          | (〒      —      )                                     |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 事業所名称           | ﾌｳｶﾞﾅ                                                |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 代表者氏名           |                                                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 電話番号            |                                                      |  |  |  |  | FAX 番号 |  |  |  |  |  |
| サービス種別          | 1 特定福祉用具販売事業者                      2 特定介護予防福祉用具販売事業者 |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 指定特定福祉用具販売事業者番号 |                                                      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |

指定振込口座

|           |         |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---------|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名     | 金融機関コード |  |  |  | 名      称               |  |  |  |  |  |  |
|           |         |  |  |  | 銀   行<br>信用金庫<br>組   合 |  |  |  |  |  |  |
| 店   舗   名 | 支店コード   |  |  |  | 支   店   名              |  |  |  |  |  |  |
|           |         |  |  |  | 本   店<br>支   店<br>出張所  |  |  |  |  |  |  |
| 口座種目      | 普通 ・ 当座 |  |  |  | 口座番号                   |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人     | ﾌｳｶﾞﾅ   |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |

## 福祉用具購入費受領委任払いの取扱いに関する誓約書

- 1 介護保険の保険給付の対象となる福祉用具の販売に関しては、関係法令及び浜田地区広域行政組合介護保険福祉用具購入費に係る受領委任払実施要綱（以下「要綱」という。）の規定を遵守します。
- 2 福祉用具の販売を行うに当たっては、福祉用具を購入する被保険者（以下「被保険者」という。）が要綱第3条に定める対象者であることを被保険者証により事前に確認します。また、正当な理由なく受領委任払いの利用を拒みません。
- 3 福祉用具購入に要する費用のうち、保険給付の対象となる部分の利用者負担額に相当する額については、これを減免し、又は超過して費用を徴収しません。なお、被保険者から利用者負担額に相当する額の支払いを受けたときは、購入費内訳の分かる領収書を発行します。
- 4 当事業所の役員若しくは従業員又はこれらの職にあった者は、福祉用具の販売に際して知り得た被保険者及びその他の家族の秘密を漏らしません。
- 5 申請書に記載した事項に変更があったときには、速やかにその内容及びその年月日を管理者に届け出ます。

以上のことを誓約します。

なお、この誓約に違反したときは、登録を取り消されても異議はありません。

年 月 日

住 所

事業者名称

代表者氏名