

様式第1号（第4条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書

令和 年 月 日

益 田 市 長 様

申請者 所在地  
 事業者名称  
 代表者氏名

介護保険居宅介護（介護予防）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	( 千 ー )		
事業所名称	ワガナ		
代表者氏名			
電話番号		FAX番号	

指定振込口座

金融機関名	金融機関コード	名 称						
		銀行・信用組合 信用金庫・農協 労働金庫						
店 舗 名	支店コード	支 店 名						
		本 店・支 店 支 所・出張所 店						
口座種目	普通 ・ 当座	口座番号						
口座名義人	ワガナ							

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払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購入に関しては、関係法令及び益田市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修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 福祉用具の購入に当たっては、福祉用具購入を行う被保険者（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、益田市、居宅介護支援事業者、その他サービスを提供する事業者（以下「市等関係機関」という。）との連携に努め、当該被保険者の心身、住宅の状況等を踏まえて適切に行います。また、正当な理由なく受領委任払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 被保険者が、偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なくその旨を益田市に通知します。
- 5 被保険者からの苦情等があった場合は、事実関係を調査し、被保険者の立場を考慮しながら円滑かつ迅速な解決に努めます。なお、当該苦情等が事業所において処理することができないときは、市等関係機関に協力を求め、適切な対応を行います。
- 6 益田市が、福祉用具購入について指導し、調査し、又は帳簿及び書類を検査しようとするときは、これに応じます。また、関係法令、要綱又はこの誓約書の事項に違反し、その是正について市長から指導又は警告を受けたときは、直ちにこれに従います。
- 7 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、福祉用具購入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。
- 8 福祉用具購入に伴い、当事業所の責めに帰すべき事由により、被保険者の生命、身体、財産等を傷つけたときには、その責任の範囲において、被保険者に対してその損害を補償します。
- 9 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市長に届け出ます。

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。

令和 年 月 日

住 所  
事業者名称  
代表者氏名