

介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者登録申請書

年 月 日

中山町長

様

所在地

事業者名

代表者氏名

印

中山町介護保険福祉用具購入費の受領委任払いに関する要綱第4条第1項における介護保険福祉用具購入費受領委任払事業者として登録を受けたいので、裏面の誓約書の事項を遵守することを確約して、次のとおり申請します。

|       |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
|-------|---------------|------------------------------|--|--|--|-----|--|--|--|----------|
| 事業者番号 |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| フリガナ  |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| 事業者名  |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| 所在地   |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| 電話番号  |               |                              |  |  |  | FAX |  |  |  |          |
| 代表者氏名 |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| 営業日   |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| 営業時間  |               |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
| 振込先   | 金融機関名         | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農業協同組合 |  |  |  |     |  |  |  | 本店<br>支店 |
|       | 種別            | 普通 ・ 当座 ・ その他                |  |  |  |     |  |  |  |          |
|       | 口座番号          |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |
|       | フリガナ<br>口座名義人 |                              |  |  |  |     |  |  |  |          |

## 介護保険福祉用具購入費受領委任払いについての誓約書

中山町介護保険福祉用具購入費の受領委任払いに関する要綱（平成30年告示第14号）の規定に基づき、介護保険法（以下「法」という。）第41条第1項の規定による居宅要介護被保険者又は法第53条第1項の規定による居宅要支援被保険者（以下「被保険者」という。）から、法第44条及び第56条に規定する特定福祉用具購入に係る福祉用具購入費受領委任払いの申出があった場合は、被保険者から保険給付分を除いた自己負担額の支払いを受け、保険給付分については当該被保険者の委任に基づいて申請を行い、受領することを誓約し、以下の事項を遵守します。

- 1 被保険者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように、当該被保険者の心身及び住宅の状況等を踏まえた適切な特定福祉用具販売を行うよう努めること。
- 2 特定福祉用具販売を行うに当たっては、中山町、居宅介護支援事業者及び居宅介護予防支援事業者との連携に努めること。
- 3 被保険者から介護保険福祉用具購入費の受領委任払いによる特定福祉用具販売を行うことを求められた場合には、その都度、その者の提示する介護保険被保険者証によって被保険者資格、要介護認定等の有効期間、さらに介護保険料の滞納がないことを確認すること。
- 4 正当な理由なく、受領委任払いによる特定福祉用具販売を拒まないこと。
- 5 受領委任払いにより特定福祉用具販売を行うときは、見積書及び図面を作成して被保険者に発行し、了承を得ること。その際、見積書に特定福祉用具販売の内容、費用（保険給付分及び自己負担分の見込額の内訳を含む。）、事業者名及び連絡先を明記すること。  
また、被保険者が複数の事業者から見積書を取ることを希望する場合であっても、見積書を発行すること。
- 6 特定福祉用具販売に関する見積書の記載事項に変更があった場合は、速やかにその変更の内容を被保険者に通知すること。また、改めて中山町に対して介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払事前承認申請書及び変更後の見積書の提出を行うよう説明すること。
- 7 被保険者より介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認決定通知書を受領した旨の連絡があった場合、すみやかに当該通知書に記載された内容の特定福祉用具販売を行うこと。その際、当該特定福祉用具販売に関して、使用方法等十分に説明を行うこと。
- 8 福祉用具購入費については、保険給付分を除いた自己負担額を被保険者から受領するものとし、これを減免し、又は超過して費用を徴収しないこと。  
また、当該自己負担額の支払いを受けたときは、被保険者に領収書を発行すること。
- 9 特定福祉用具販売を受領委任払いにより受給する被保険者が次の事項に該当する場合は、速やかにその旨を町長に通知すること。
  - (1) 不正な行為により保険給付を受け、又は受けようとしたとき。
  - (2) 正当な理由なく、特定福祉用具販売を行うに当たって必要な手続等に協力しないとき。
- 10 保険者から苦情等があった場合は、必要に応じて事実関係を確認するための訪問等を行い、被保険者の立場を考慮して円滑かつ迅速に苦情処理を行うこと。  
なお、当該苦情等の内容が事業者において処理することができない内容である場合は、町、居宅介護支援事業者及び居宅介護予防事業者との協力により適切な対応を行うこと。
- 11 特定福祉用具販売に伴い、事業者の責めに帰すべき事由により被保険者の生命若しくは身体を傷つけ、又は財産等を破損した場合は、その責任の範囲内においてその損害を賠償すること。
- 12 事業者の役員若しくは従業員又はこれらの職にあった者は、業務上知り得た被保険者及びその家族の秘密を漏らしてはならない。

|        |     |    |     |          |
|--------|-----|----|-----|----------|
| 回<br>覧 | 課 長 | 統括 | 専門員 | 主査・グループ員 |
|        |     |    |     |          |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払事前承認申請書

|                                                                                              |                     |  |        |              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|--------|--------------|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                               |                     |  | 保険者番号  |              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                              |                     |  | 被保険者番号 |              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                                                                         | 年 月 日               |  |        | 性 別          | 男 ・ 女 |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                          | 〒<br>電話 ( )         |  |        |              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)                                                                          | 製造業者名及び<br>販売事業者名   |  |        | 購入予定金額       |       | 購入予定日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                              |                     |  |        |              |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                              |                     |  |        |              |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                              |                     |  |        |              |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具が<br>必要な理由                                                                               |                     |  |        |              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 中山町長 様<br>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払事前承認を申請します。<br>年 月 日<br>申請者 住所 電話 ( )<br>氏名 印 |                     |  |        |              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録事業者<br>(受取人)                                                                               | 住 所<br>事業者名<br>代表者名 |  |        | 登録番号<br>電話番号 |       |       |  |  |  |  |  |  |  |

- ※ 注意
- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
  - ・この申請書に、購入したい福祉用具のパフレット等を添付してください。

保険者記入欄

|                            |                    |              |                            |
|----------------------------|--------------------|--------------|----------------------------|
| 要介護度<br>支１・２<br>介１・２・３・４・５ | 今年度既給付<br>無・有 ( 円) | 今回対象予定額<br>円 | 自己負担予定額<br>給付予定額<br>円<br>円 |
|----------------------------|--------------------|--------------|----------------------------|

|        |     |    |     |          |
|--------|-----|----|-----|----------|
| 回<br>覧 | 課 長 | 統括 | 専門員 | 主査・グループ員 |
|        |     |    |     |          |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |  |        |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|------|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |  | 保険者番号  |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |  | 被保険者番号 |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                                                                                                                                              | 年 月 日                                                                                                                                               |  |        | 性 別  | 男 ・ 女 |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                               | 〒 電話 ( )                                                                                                                                            |  |        |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)                                                                                                                                               | 製造業者名及び<br>販売事業者名                                                                                                                                   |  |        | 購入金額 |       | 購入日   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |  |        |      |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |  |        |      |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |  |        |      |       | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具が<br>必要な理由                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |  |        |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>中山町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>また、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>電話 ( )</p> <p>氏名 印</p> |                                                                                                                                                     |  |        |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録事業者<br>(受取人)                                                                                                                                                    | <p>中山町から支給される、被保険者 様に係る上記の申請内容に基づく、<br/>居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、私が被保険者からの委任を受け、<br/>受領することに同意します。</p> <p>住 所 登録番号</p> <p>事業者名 電話番号</p> <p>代表者名 印</p> |  |        |      |       |       |  |  |  |  |  |  |  |

保険者記入欄

|                            |                    |            |                       |
|----------------------------|--------------------|------------|-----------------------|
| 要介護度<br>支1・2<br>介1・2・3・4・5 | 今年度既給付<br>無・有 ( 円) | 今回対象額<br>円 | 自己負担<br>給付額<br>円<br>円 |
|----------------------------|--------------------|------------|-----------------------|

【購入した福祉用具に係る自己負担分の領収証書を貼付してください】

【購入した福祉用具のパフレットの写しを貼付してください】

請求書(受領委任用)

☐ 住宅改修費

請求日 平成 年 月 日

中山町長

様

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に係る権限について、下記のとおり受任者に委任いたします。

|              |     |   |
|--------------|-----|---|
| 請求者<br>(委任者) | 住 所 |   |
|              | 氏 名 | 印 |

|                                                                                                                                                                                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 請 求 金 額                                                                                                                                                                                  | 円                |
| 適 用                                                                                                                                                                                      | 購 入 ・ 着 工 年 月    |
| <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費（要支援認定者）<br><input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費（要介護認定者）<br><input type="checkbox"/> 介護予防住宅改修費（要支援認定者）<br><input type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修費（要介護認定者） | 平成      年      月 |

上記の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・居宅介護（介護予防）住宅改修費については、私が  
請求者からの委任を受け受領することに同意しましたので、次の口座に振り込みください。

(受任者) 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

|             |                          |          |        |      |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------------------|----------|--------|------|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店 | 種目     | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |
|             |                          |          | 1 普通預金 |      |  |  |  |  |  |  |
|             | 金融機関コード                  | 店舗コード    | 2 当座預金 |      |  |  |  |  |  |  |
|             |                          |          | 3 その他  |      |  |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ<br>口座名義人            |          |        |      |  |  |  |  |  |  |