

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	3 2 2 0 5 7
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和	年	月
		日生	
		要介護度	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)
		性別	男 ・ 女
住所	大田市	電話番号	()

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
種目) 品名)	製)	円	年 月 日
品コード)	販)		
種目) 品名)	製)	円	年 月 日
品コード)	販)		
種目) 品名)	製)	円	年 月 日
品コード)	販)		

	記入者名	1、ケアマネージャー 2、専門相談員 3、その他()
福祉用具が 必要な理由		

大田市長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

住所 電話番号:() -

申請者 氏名

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 ・「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下さい。
 欄内に記入が困難な場合は、裏面に記載してください下さい。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領方法 希望する方に○印をしてください。	1 口座振込希望	口座振込希望の方は下記口座依頼欄をご記入ください		
	2 受領委任払い希望	受領委任払いを希望される方は「介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払に係る委任状」も併せて提出してください。		
口座振替 依頼欄	銀行・農協 金庫・組合	本店・支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1.普通預金	
			2.当座預金	
			3.その他	
フリガナ				
口座名義人				

記入例

受付

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カ イ ゴ タ ロ ウ	保険者番号	3 2 2 0 5 7	
被保険者氏名	介 護 太 郎	被保険者番号	123456	
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和	25 年 8 月 15 日 生	要介護度	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)
			性別	男 ・ 女
住 所	大田市大田町大田口1111番地		電話番号	(83)8063
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日	
種目)腰掛便座 品名)家具調トイレセレクト*** 品コード)123-456	製)(株)介護製作所 販)福祉用具販売指定事業所**	37,585円	○年 ○月 ○日	
種目) 品名)	製)	円	年 月 日	
品コード)	販)			
種目) 品名)	製)	円	年 月 日	
品コード)	販)			
福祉用具が 必要な理由	記入者名 居宅介護支援事業所 大田介護 ケアマネージャー 2、専門相談員 介護支援専門員 介護 花子 3、その他()			
別紙のとおり				
大田市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給申請書 ○年○月○日 住所 大田市大田町大田口1111番地 電話番号:(0854) 83-8063 申請者 氏名 介護 太郎				

被保険者証及び資格者証を確認していただく項目

同日のものに限る(複数の日にまたがるものは別申請)商品コードが未記載のものがありますので確実に記入をしてください。

被保険者の氏名、住所をご記入ください。

★署名の場合は押印不要です。

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。
・「福祉用具が必要な理由」については、個欄内に記入が困難な場合は、裏面に記載し

「1 口座振込希望」の場合に記入ください。

★被保険者本人の口座をご記入ください。
★被保険者以外の場合は、「委任状」が必要です。
必要な場合は、介護保険課へご連絡ください。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領方法希望する方に○印をしてください。	<input checked="" type="radio"/> 1 口座振込希望	口座振込希望		
	<input type="radio"/> 2 受領委任払い希望	受領委任払い費受領委任		
口座振替 依頼欄	銀行・農協 金庫・組合	本店・支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 3.その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

「1 口座振込希望」の場合は記入をお願いします。

様式第2号(第5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に係る委任状

被保険者	フリガナ		性別	保険者番号	
	氏名		男・女	被保険者番号	
	住所	〒		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
			電話番号 ()		
福祉用具販売事業者	事業所名称	フリガナ	担当者職氏名		
	代表者氏名	フリガナ			
	事業所の所在地	〒			
	電話番号				
福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座					
銀行・農協 金庫・組合			本店・支店 本所・支所		口座種目 1普通・2当座
金融機関コード			店舗コード		口座番号
フリガナ					⊗
口座名義人					
大田市長 様					
介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具を購入しましたので、上記福祉用具販売事業者 に手続き及び受領委任払にて給付の申請を行いたいので承認をお願いします。					
申請: 年 月 日					
申請者		住所			
		氏名		ⓐ	
受任者		住所			
		氏名		ⓐ	

様式第3号(第6条関係)

大田市居宅介護(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

年 月 日

大 田 市 長 様

(申請者)住所

事業者名称

代表者氏名

印

介護保険法に基づく福祉用具を販売するに際し大田市の定める大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱事業者として登録を受けたいので、大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱誓約書及び関係書類を添えて以下のとおり申請いたします。

フリガナ															
事業所名称															
フリガナ															
代表者氏名															
事業所の所在地		〒 -													
連絡先	電話番号														
	FAX番号														
	メールアドレス														
	業務責任者	フリガナ													
営業日															
営業時間															
通常の事業実施地域															
利用者からの苦情処理のために講じる処置															
福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座															
				銀行・農協 金庫・組合				本店・支店 本所・支所				口座種目		1普通・2当座	
												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															

添付書類 大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱に係る誓約書
事業者及び事業者の代表者に大田市税等の滞納がないことの証明書

様式第4号(第6条関係)

大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱に係る誓約書

年 月 日

大 田 市 長 様

(申請者)住所

事業者名称 ㊟

代表者氏名 ㊟

大田市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度に関して、代理受領に係る届け出を行うにあたり、下記の各事項を遵守することを誓約します。

記

(基本的事項)

- 1 平成11年3月31日厚生省告示第95号に定められた介護給付にの対象となる福祉用具購入(以下「福祉用具購入」という。)の提供に関しては、関係法令、通達、及び大田市の要綱等を遵守すること。
- 2 事業にあたっては、大田市、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。
- 3 居宅要介護等被保険者の意志及び人権を尊重し、常に居宅要介護被保険者の立場に立ったサービスの提供に努めること。

(受給資格の確認等)

- 4 居宅要介護被保険者から、当該福祉用具購入について大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払にて取り扱うことを求められた場合には、その者の提示する介護保険被保険者証によって大田市の被保険者であること、また、要介護認定又は要支援認定を受けていること、さらに保険料の滞納がないことを確認すること。

(見積書等の発行)

- 5 福祉用具を大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払にて取り扱う場合、その購入に係る費用を見積もり、「見積書」を作成し、被保険者に発行すること。

(見積書の内容変更)

- 6 当該福祉用具購入に関する見積書の記載内容に変更が生じた場合には、速やかにその内容変更を当該被保険者等に連絡すること。

(福祉用具の販売等)

- 7 被保険者より福祉用具購入の連絡があった場合には、速やかに福祉用具を引き渡すこと。その際、当該福祉用具の取扱に関して十分に説明をおこない、快適に使用できるようにすること。

(自己負担の受領)

- 8 受領委任払いにより福祉用具購入費を代理受領する事業者は、当該福祉用具購入に要する費用の100分の10の額(ただし円未満の額が生じた場合は切り上げるものとする。)及び介護保険福祉用具購入費利用限度額を超えて福祉用具購入に要した費用及び保険給付の対象とならない費用については全額を被保険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ないこと。また、販売代金の自己負担金の受領後、被保険者へ領収証及び福祉用具のカタログの写しを発行すること。

(指導・調査等)

- 9 市長が必要があると認めた福祉用具購入費の支給に関しては、指導または調査を行い、帳簿及び書類を検査し、説明を求め、又は警告を行った場合には、直ちにこれに応じ

(届出の取消等)

- 10 この遵守事項に違反した場合、又は不正な手段により代理受領に係る届出を行った場合、市長が直ちに当該届出を取り消すこと。また、以後市長が定める取消期間中は届出を行うことができないことについて、異議を唱えないこと。

(苦情処理等)

- 11 被保険者から福祉用具の購入に関し、苦情又は相談があった場合、被保険者の状況を詳細に把握する必要に応じて、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行うこと。また、苦情に対しては、被保険者の立場を考慮しながら、事実関係の特定を慎重に行い、円滑且つ迅速に苦情処理を行うこと。その他、当該事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法を被保険者等の立場に立って検討し、対処すること。

(賠償責任)

- 12 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、被保険者等の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、被保険者等に対する損害を賠償すること。

(個人情報の保護)

- 13 事業所の職員は、業務上知り得た被保険者又はその家族の個人情報を保持すること。職を退いた後も、また、同様とする。

(その他)

- 14 届出書に記載した事項に変更があったときは、速やかにその旨及びその年月日を市長に届け出ること。

様式第6号(第8条関係)

大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録変更申請書

平成 年 月 日

大 田 市 長 様

(申請者)住所

事業者名称

代表者氏名

印

大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱要綱第9条に基づく登録内容に変更がありましたので、大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱誓約書及び関係書類を添えて以下のとおり申請いたします。

変更年月日		年 月 日	
変更があった事項		変 更 前	変 更 後
フリガナ			
事業所名称			
フリガナ			
代表者氏名			
事業所の所在地		〒 -	〒 -
連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	メールアドレス		
	業務責任者	フリガナ	フリガナ
営業日			
営業時間			
通常の実業実施地域			
利用者からの苦情処理のために講じる処置			
登録口座	金融機関名(コード)	()	()
	店舗名(コード)	()	()
	口座種目	普通 ・ 当座	普通 ・ 当座
	口座番号		
	口座名義	フリガナ	フリガナ

添付書類: 代表者に変更があった場合

- ・ 事業者の代表者に大田市税等の滞納がないことの証明書
- ・ 大田市居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払取扱に係る誓約書