様式第１号（第３条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払いに係る誓約書

年　 　月　 　日

肝付町長 殿

所在地

事業所名

代表者 　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

肝付町の介護保険福祉用具購入費の給付に係る受領委任払いを利用するにあたり，下記の事項を誠実に守ります。これに反した場合は，受領委任払いの停止等肝付町の処分に従います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１ 介護保険法及び関係法令等を遵守します。

２ 利用者や家族の心身の状況や希望，環境，特定福祉用具の特性を踏まえた適切な特定福祉用具の販売を行うよう努めます。

３ 特定福祉用具販売を行うにあたっては，肝付町及び利用者の居宅介護支援事業者等との連携に努めます。また，給付制限等の対象者確認も被保険者証等にて事前に行います。

４ 特定福祉用具購入費のうち，受領委任払いにより肝付町から支払う保険給付費を引いた額を利用者から徴収します。その際は，領収証を発行します。

５ 利用者から，特定福祉用具購入について苦情があった場合は，肝付町に報告したうえで、円滑かつ迅速な解決に努めます。また，肝付町から当該特定福祉用具購入に関して文書等の提出を求められた場合は，速やかに提出します。

６ 利用者及び家族の状況等、業務上知り得た情報は他人に漏らしません。

７ 登録内容に変更があったときは，速やかにその旨を町長に届け出ます。

（裏面に登録内容を記入してください。）

登録事項

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　　　　FAX |

代理受領に係る振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |