様式第1号（第４条関係）

福島市介護保険福祉用具受領委任取扱事業所登録申請書

令和　　年　　月　　日

福島市長

申請者（事業者）

住　　所

　　　　　役職名

代表者

　　　　　氏　　名

電話番号

　福島市介護保険福祉用具受領委任取扱事業所としての登録を下記の事業所において受けたいので、福島市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度事業実施要綱第4条第1項の規定により申請します。

　また、申請にあたって、裏面記載の事項を順守することを誓います。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 事業所名称 |  |
| 管理者職氏名 | 役職名　　　　　　　氏　名 |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　（　　　　　　） |
| ＦＡＸ番号　　　　　　　（　　　　　　） |

　福祉用具購入費に係る介護給付費は、下記の口座に振り込んでください。

|  |
| --- |
| 振込先口座 |
| 銀行金庫組合 | 本　店支店・支所出張所 | 種別 | 口　座　番　号 |
| １普通２当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

福島市介護保険福祉用具受領委任取扱事業所登録申請者順守事項

１　介護保険の保険給付の対象となる特定福祉用具の販売に関しては、介護保険法等関係法令及び福島市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度事業実施要領等を順守します。

２　特定福祉用具を購入する被保険者が、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て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他の居宅サービスの利用等を踏まえ、適切に特定福祉用具が選定できるよう努めます。

３　特定福祉用具の販売にあたっては、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、介護予防小規模多機能型居宅介護事業者及び看護小規模多機能型居宅介護事業者その他保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との調整及び連携に努めます。

４　特定福祉用具の販売にあたっては、被保険者の提示する介護保険被保険者証及び負担割合証によって被保険者資格、要介護認定等の有無、要介護認定等の有効期間、負担割合及びその期間、介護保険の給付制限等に関する記載を受けていないこと等を確認し、福島市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度が利用可能な者に提供します。

５　正当な理由なく、福島市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度の利用を拒みません。

６　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の支払い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ません。また、自己負担額の支払いを受けた時は、被保険者に自己負担額分の領収書を発行します。

７　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、遅滞なくその旨を市長に報告します。

８　被保険者からの苦情があった場合には、必要に応じ訪問等により事実関係を確認し、被保険者の立場を考慮しながら、円滑かつ迅速に苦情処理を行います。その他、当事業所において処理し得ない内容については、関係機関に対して指導又は助言等を求めることにより適切な対応方法を検討し対処します。

９　特定福祉用具の販売に関する記録を整備し、特定福祉用具の販売の日から５年間保存します。

１０　関係法令、要領、この遵守事項等に違反し、その是正等について権限者から指導を受けたときは直ちにこれに従います。

１１　業務上知り得た被保険者及びその家族等の秘密を洩らしません。また、事業所の職員等業務に従事する者（以下「従業者等」という。）に対し、業務上知り得た被保険者及びその家族等の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。また、従業者等が退職等により従業者でなくなった後においても同様の措置を講じます。

１２　福島市介護保険特定福祉用具受領委任取扱事業所の登録内容に変更があったとき又は登録を行っていた事業を廃止等するときは、速やかに福島市長に届け出ます。