様式第1号（第3条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録届出書

年　　月　　日

（宛先）度会町長

（届出者）所　在　地

事業者名称

代表者氏名

　介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係

書類を添えて届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業の形態 | 法人　・　個人 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | (〒　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | |
| 登録を受けようとするサービス種類 | | | | | | | 住宅改修 | | | | | | | | | | □ |
| (介護予防)特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | □ |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | | |

(介護予防）特定福祉用具販売の登録を行う場合は介護保険事業所番号を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座の登録 | |  | | |
| 金融機関名 |  | | 店舗名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ | | | |
|  | | | |

様式第2号（第3条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い制度に係る確約書

年　　月　　日

（宛先）度会町長

　　　　　　　　　（届出者）所 在 地

事業者名称

代表者氏名

　介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の届け出をするにあたり、次の事項を遵

守することを確約します。

１　介護保険給付の対象となる住宅改修等の提供に関しては、関係法令及び度会町介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領委任払いに関する要綱（以下「要綱」という。）等を遵守すること。

２　住宅改修を行うに当たって、要介護被保険者が、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、当該要介護被保険者の心身及び住宅の状況等を踏まえた適切な住宅改修を行うよう努めること。

３　住宅改修を行うに当たっては、町や居宅介護支援事業者等及び福祉医療サービスを提供するもの等との連携に努め、特に居宅介護支援事業者等とは、事前相談、確認を必ず施工前に行い、施工途中や施工後においても、確認を受けること。

４　正当な理由なく、住宅改修費等の受領委任払い制度の利用を拒まないこと。

５　住宅改修等を行うに当たっては、要介護被保険者の提示する介護保険被保険者証及び介護保険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、給付制限の有無、利用者負担の割合及び適用期間等を確認し、住宅改修費等の受領委任払い制度が利用可能であるかどうか確認すること。また当該被保険者に過去の住宅改修等の給付実績を確認すること。

６　住宅改修等にかかる費用については、介護保険給付分を除いた自己負担額の支払いを要介護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、自己負担額の支払いを受けたときは、要介護被保険者に対し自己負担額分の領収証を発行すること。

７　住宅改修等に関する記録を整備し、住宅改修の完了又は特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の販売の日から2年間保存すること。

８　関係法令、要綱又はこの遵守事項に違反し、その是正等について町長から指導を受けたときは、直ちにこれに従うこと。

９　要介護被保険者からの苦情又は相談があった場合においては、必要に応じて事実関係を確認するための訪問等を行い、要介護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うこと。

１０　業務上知り得た要介護被保険者及びその家族の秘密を保持すること。また、事業所の職員であった者に、業務上知り得た要介護被保険者及びその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を職員との雇用契約の内容とすること。

１１　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ること。

１２　受領委任払いを利用するにあたって、当該手続きに係る費用を要介護被保険者から徴収しないこと。

様式第3号（第3条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

度会町長　　　　　　　　印

　　年　月　日付けで届出のありました、介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の

登録について、次のとおり登録したので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 |  |
| 事業者の所在地 |  |
| 受領委任払い取扱  事業者登録番号 |  |
| サービスの種類 |  |
| 登　録　年　月　日 | 年　　月　　日 |

様式第4号（第4条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録事項変更届出書

　 年　　　月　　日

（宛先）度会町長

　　 （届出者）所　在　地

事業者名称

代表者氏名

　先に提出した介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録届出書の記載事項について、次の事項を変更しましたので届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受領委任払い取扱事業者登録番号 | |  |
| 登録内容を変更した事業者 | | 事業者所在地 |
| 事業者名称 |
| サービスの種類 |
| 変更があった事項（該当項目番号に○） | | 変　更　の　内　容 |
| １ | 事業者の所在地 |  |
| ２ | 事業者の名称 |  |
| ３ | 代表者の氏名 |  |
| ４ | 電話番号 |  |
| ５ | FAX番号 |  |
| ６ | 振込口座 |  |
| ７ | その他 |  |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 |

様式第5号（第4条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者廃止・休止・再開・辞退届出書

年　　月　　日

（宛先）度会町長

(届出者）所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　事業者名称

　 　代表者氏名

　次のとおり登録に係る住宅改修等の事業の（廃止・休止・再開・辞退）をしますので届出

します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受領委任払い取扱事業者登録番号 |  |
| 対象事業者 | 事業者所在地 |
| 事業者名称 |
| サービスの種類 |
| 事由年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 理　　　由 |  |
| 休止予定期間（休止の場合のみ） | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 備　　　考 |  |
|  | |

様式第6号（第6条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録取消通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

度会町長　　　　　　　　印

　介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録について、次のとおり登録を取り消しますので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の所在地 |  |
| 事業者の名称 |  |
| 受領委任払い取扱  事者登録番号 |  |
| サービスの種類 |  |
| 取　消　年　月　日 | 年　　　月　　　日 |
| 取　　消　　理　　由 |  |

様式第7号（第7条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状

年　　月　　日

（宛先）度会町長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者  （要介護被保険者） | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |  |
| 住　　所 | 〒　　　－  電話番号 | | | | | | | | | | | |

　私は、次の者に保険給付費の申請及び代理受領に関する一切の権限を委任します。

　また、受領委任払いに係る保険給付費について次の者に通知することを同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービスの種類 | | □住宅改修費　　　□(介護予防)特定福祉用具販売 | |
| 受領委任払い取扱事業者登録番号 | |  | |
| 受任者（事業者） | 事業者名称 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 事業者所在地 | 〒　　　－  電話番号 | |
| Ａ　保険適用総費用見込額（支給限度基準額を超える場合は、住宅改修費20万円又は福祉用具購入費10万円） | | | 円 |
| 代理受領見込額（Ａ×※）  （１円未満は切り捨て） | | | 円 |
| 自己負担見込額 | | | 円 |

　※負担割合証を確認の上計算してください。