別記様式第１号（第４条関係）

室戸市介護保険福祉用具購入費受領委任払いに関する同意書

年　　月　　日

室　戸　市　長　　様

　被保険者（以下「甲」という。）に対して事業者（以下「乙」という。）が実施する特定福祉用具販売について、甲及び乙は、室戸市介護保険福祉用具購入費受領委任払いに関する取扱要領（以下「取扱要領」という。）に従い、介護保険法及び介護保険施行規則等（以下「関係法令」という。）を遵守することを誓約し、誠実に受領委任払いを行うことに同意します。

　　　　　　　　被保険者（甲）住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

　　　　　　　　事業者（乙）所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　 事業者名

　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

**＜留意事項＞**

１　受領委任払いは、要介護認定又は要支援認定を受け、在宅で介護を受けており、かつ、介護給付額の減額及び支払い方法の変更となっていない方が対象です。（取扱要領第３条）

２　特定福祉用具を購入後、甲は介護保険給付の対象となる福祉用具購入費について、介護保険負担割合証に示された割合に応じた自己負担金を乙へ支払い、乙はその領収書を甲へ発行してください。（取扱要領第５条）

３　福祉用具購入費の支給に関して必要があると市長が認めたときは、乙に対して報告、提出、出頭を求め、又は乙への立入り、帳簿書類その他の物件を検査することがあります。なお、関係法令、取扱要領又はこの遵守事項に違反し、その是正等について市長から指導を受けたときは、直ちにこれに従うこと。（介護保険法第７６条）

別記様式第２号（第４条関係）

室戸市介護保険福祉用具購入費受領委任払いに係る委任状

年　　月　　日

室　戸　市　長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（被保険者） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒７８１―  室戸市  　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　） | | | | | | | | | | |

　　私は、次の者に　　　　年　　　月　　　日の申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受任者（事業者） | 事業者名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒　　　　―  　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀　　行  　　　　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　　　　労働金庫  　　　　　　　　　　農　　協 | | | 金融機関コード | | | | 本　店  　　　　　　　　支　店  　　　　　　　　支　所  　　　　　　　　出張所 | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座種目 | １　普通　２　当座　３　その他 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | |