様式第１号（第３条関係）

高千穂町介護保険受領委任払制度に係る取扱誓約書

年　　月　　日

　高千穂町長　殿

（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　高千穂町介護保険受領委任払制度に関して、代理受領に係る届出を行うにあたり、下記の各事項を遵守することを誓約します。

　（基本的事項）

　1　福祉用具購入費または住宅改修費のサービスの提供に際しては、関係法令、通達、および高千穂町の要綱等を遵守すること。

　2　事業にあたっては、高千穂町、居宅介護支援事業者、他の居宅介護サービス事業者、保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との連携に努めること。

　（受給資格の確認等）

　3　被保険者から、高千穂町介護保険受領委任払制度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高千穂町の被保険者であること、また、要介護（要支援）認定を受けていること、さらに給付制限を受けていないことを確認すること。

　（指導・調査等）

　4　関係法令、通達、高千穂町の要綱また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。

　（届出の取消等）

　5　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、町長が直ちに当該届出を取消すること、また、以後町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。

　（賠償責任）

　6　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、被保険者等に対してその損害を賠償すること。

　（秘密保持）

　7　事業所の職員は、業務上知り得た被保険者等またはその家族の秘密を保持すること。また、職員であった者に、業務上知り得た被保険者等または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従業者との雇用契約の内容とすること。

　（その他）

　8　届出書に記載した事項に変更があったときは、速やかにその旨およびその年月日を町長に届け出ること。

様式第２号（第３条関係）

高千穂町介護保険受領委任払制度　代理受領に係る届出書

年　　月　　日

　　高千穂町長　殿

（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　　次のとおり、福祉用具購入費・住宅改修費の受領委任払について申し出ます。

　　なお、高千穂町介護保険受領委任払実施要綱に基づき、私が受ける給付費については、下記の口座へ振込んで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理受領に係る登録口座 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行　　　　　　　本店  信用組合　　　　　　　支店  農協　　　　　　出張所 | | | | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | |