様式第１号（第４条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書

年　　月　　日

魚津市長　　あて

〒（　　―　　）

（申請事業者）所在地

事業者名

（電話番号　　）

代表者職・氏名

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者の登録について、居宅介護福祉用具購入費又は介護予防福祉用具購入費の受領委任払を取り扱いたいので、下記のとおり申請します。なお、私が受ける福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。

（販売事業所）

フリガナ											
販売事業所 所在地	（〒　　―　　）										
フリガナ											
販売事業所 名称											
介護保険 事業所番号											
電話番号											
FAX番号											
E：mail											
ホームページ アドレス											
代理受領 受任者※											

※各購入者の福祉用具購入費受領委任状（同意書）の受任者欄に使用する名義等となります。

（振込先口座）

銀行・信金 信組・農協・労金	本店・支店 本所・支所	種　　目	口座番号
金融機関コード	店舗コード	1　普通 2　当座 3　その他	
フリガナ			
口座名義人			

※様式第１号（第４条関係）を提出する際に添付してください。

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱いに関する誓約書

年　　月　　日

魚津市長　　あて

〒（　　―　　）

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号　　）

代表者職・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

魚津市介護保険福祉用具購入費受領委任販売事業者の登録にあたり、次の事項を遵守することを誓約します。

記

1　介護保険法に規定する介護給付の対象となる福祉用具の提供については、関係法令、通達及び魚津市の要綱を遵守します。

2　福祉用具の提供に当たっては、要介護者等の日常生活の便宜を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、必要に応じて居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者等福祉サービスを提供する者との連絡、調整のほか公平性の確保に努めます。

3　福祉用具購入費の給付申請に必要な見積り、カタログ及び領収書等の書類については、必要に応じて居宅要介護等被保険者等に提供します。

4　介護保険居宅介護福祉用具購入費受領委任払に際し、次の事項を行った場合は、以後の介護保険福祉用具購入費受領委任払いの利用ができなくなることについて異議は申しません。

①　魚津市介護保険福祉用具購入費受領委任払に関する要綱及びこの誓約書に定める事項を遵守しなかったとき。

②　居宅介護福祉用具購入費の申請に事実と異なる内容が認められるとき。

③　その他受領委任払の適用を認めることが不適当と判断されたとき。

以上

様式第３号（第５条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者変更届出書

年　　月　　日

魚津市長　　あて

〒（　　―　　）

（届出者）所在地

事業者名

（電話番号　　）

代表者職・氏名

下記のとおり登録申請した事項に変更がありましたので届け出ます。

		魚津市登録番号	
変更があった事項		変更の内容	
1	事業者所在地	（変更前）	
2	事業者名称		
3	代表者職・氏名		
4	代表者印		
5	販売事業所所在地		
6	販売事業所名称	（変更後）	
7	介護保険事業所番号		
8	販売事業所電話番号		
9	販売事業所FAX番号		
10	販売事業所E：mail		
11	ホームページアドレス		
変更年月日		年　　月　　日	

※　該当項目番号に〇を付してください。

様式第４号（第５条関係）

介護保険福祉用具購入費受領委任払取扱事業者
（廃止・休止・再開・登録辞退）届出書

年　　月　　日

魚津市長　　あて

〒（　　―　　）

（届出者）所在地

事業者名

（電話番号　　）

代表者職・氏名

☐ 登録に係る事業所を廃止・休止・再開しましたので下記のとおり届け出ます。
☐ 登録を辞退したいので下記のとおり届け出ます。

記

魚津市登録番号		
廃止・休止・再開・辞退する事業所	所在地	
	名称	
廃止・休止・再開・辞退の別	廃止・休止・再開・辞退	
廃止・休止・再開・辞退年月日	年　　月　　日	
休止予定期間（休止の場合のみ）	年　　月　　日～　　年　　月　　日	
廃止・休止・再開・辞退の理由		