

備前市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い
に関する同意書（兼委任払い申請書）

令和 年 月 日

備前市長 殿

事業者（以下「乙」という。）が被保険者（以下「甲」という。）に対して販売する福祉用具について、甲及び乙は、備前市介護保険福祉用具購入費（以下「福祉用具」という。）の支給に係る受領委任払いに関する事務取扱要綱に従い、下記の各事項を遵守することを誓約し、誠実に福祉用具の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

（署名できない場合は記名・押印が必要です）

（事業者：乙） 所在地(住所)
事業者名称
代表者氏名

印

福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具
福祉用具の商品名	
福祉用具購入費の自己負担が困難な理由	

記

被保険者：甲が遵守する事項

- 福祉用具購入の内容については、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）の担当ケアマネジャー等、事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と、綿密に事前相談を行うこと。
- 受領委任払いの対象者は、備前市の被保険者であって、要介護認定又は要支援認定を受けており、かつ給付制限を受けていない者であって、介護保険の保険料が第5段階以下の者であり受領委任によらなければ福祉用具購入費の自己負担が困難な者。
- 事業者介護保険被保険者証を提示すること。
- 福祉用具の納品後、受付通知の別紙に記載されている自己負担金額を事業者へ支払うこと。
- 事業者へ自己負担金額を支払った後、領収証・福祉用具のパフレット等・委任状を添付し、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書を提出すること。

事業者：乙が遵守する事項

- 関係法令、備前市介護保険住宅改修費等の支給に係る受領委任払いに関する事務取扱要綱（以下

「事務取扱要綱」という。)等を遵守すること。

- 2 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、心身の状況・希望及びそのおかれている環境を踏まえた適切な福祉用具の提供を行うとともに、福祉用具購入により被保険者の日常生活の便宜を図り、被保険者を介護する者の負担の軽減を図るよう努めること。
- 3 福祉用具の選定にあたっては、備前市、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。
- 4 被保険者から、当該福祉用具を受領委任払い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備前市の被保険者であること、また、要介護認定又は要支援認定を受けていること、さらに事務取扱要綱第2条の規定に該当することを確認すること。
- 5 福祉用具を受領委任払いにて取り扱う場合、その納入に係る費用を適正に見積もり、書面にて見積書を作成し、被保険者に発行すること。
- 6 被保険者より受付通知受領の連絡があった場合、すみやかに福祉用具の納入を行うこと。その際、当該福祉用具の納品について被保険者及びその家族等へ十分に説明を行うこと。
- 7 福祉用具購入費については、受付通知に記載されている自己負担金額の支払いを被保険者から受けるものとし、これを減免し又は超過して費用を徴収しないこと。また、納品が完了し自己負担金額を受領したときは、必ず被保険者へ領収証を発行すること。
- 8 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被保険者から徴収しないこと。
- 9 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書を受領した月の翌々月の末日までに市が支給額を決定し、事業者の指定する口座にその金額を振込むという事務処理を承知していること。
- 10 被保険者から苦情又は相談があった場合は、必要に応じて被保険者の状況を詳細に把握し、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事実の確認を行うこと。なお、苦情に対しては、被保険者の立場を考慮しながら、事実関係の特定を慎重に行い、円滑かつ迅速に苦情処理を行うこと。
- 11 当該福祉用具の製品の不具合により被保険者に対して賠償すべき事態が発生した場合には、当事者間で協議のうえ、関係法令に従いその責任の範囲において被保険者へその損害を賠償すること。
- 12 業務上知り得た被保険者又はその家族の情報を他へ漏らさないこと。

【市承認欄】

この給付に対して、備前市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いの適用を承認します。

令和 年 月 日

備前市長

Ⓜ

介護保険給付予定金額： 円
自己負担金額： 円