

様式第1号（第4条関係）

介護保険代理受領事業者登録（新規・変更・廃止）届出書

令和 年 月 日

富田林市長様

事業所の運営法人等の情報を記入
ください。営業所や支店等がない場合、こちらのみのご記入となります。

申請者）事業者名称

代表者氏名

※印鑑は法人印または代表者印を
押印してください。

営業所や支店等の実際に工事を行う
事業所の情報を記入ください。

事業所名称

（営業所等）

代表者氏名

（※）代表者が署名しない場合は、記名押印してください。

住宅改修費の代理受領の登録（新規・変更・廃止）をしたいので、別添確認書を添えて届け出ます。（※変更・廃止の場合はこの様式のみ提出）

区分	1. 新規	2. 変更	3. 廃止	（※いずれかに○）
フリガナ 事業所名				フリガナ
事業所 所在地	(〒)	研修を受ける場合や更新の場合は新規を、 年度の途中で事業所の情報変更や廃止を行 う場合は変更または廃止を選択してください。		
連絡先 電話番号	電話番号			
営業時間 (担当者名)	(担当：)			

代理受領にかかる登録口座

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協				支店名	本店 支店 出張所				
金融機関コード					店舗コード					
種目					口座番号					
フリガナ 口座名義人										

※確約書を提出の際は両面印刷してください。

介護保険代理受領に係る確約書

年 月 日

（あて先） 富田林市長

事業所の運営法人等の情報をご記入ください。営業所や支店等がない場合、こちらのみのご記入となります。

事業者名称

代表者氏名

所在 地

印

営業所や支店等の実際に工事を行う事業所の情報をご記入ください。

事業所名称
(営業所等)

代表者氏名

所在 地

※印鑑は法人印または代表者印を押印してください。

印

富田林市の介護保険における住宅改修費の支給に関して、代理受領の取り扱いを申し出るにあたり、下記の事項を遵守することを確約します。

記

（基本的事項）

- 平成11年3月31日厚生省告示第95号に定められた介護保険給付の対象となる住宅改修に関しては、関係法令、通達、及び本市の要綱等を遵守すること。
- 事業にあたっては、富田林市、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。
- 要介護者等の意思及び人権を尊重し、常に要介護者等の立場にたったサービスの提供と相談、苦情等の対応に努めること。
- 事業者及び事業者の使用者は、業務上知り得た情報について守秘義務を負う。この守秘義務は登録有効期間満了後も継続する。

（受給資格の確認）

- 要介護者等に対し代理受領による住宅改修を行う場合は、その者の提示する介護保険被保険者証によって、富田林市の要介護認定を受けた被保険者であること、及び給付制限を受けていないことを確認すること。また、保険料が未納の場合も、代理受領による支給はできない。