

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録届出書

提出日(郵送日)の日付を記載してください。

20××年〇〇月××日

(宛先) 川 崎 市 長

届 出 者 所 在 地 神奈川県川崎市川崎区〇〇町△一△

事業者名称 〇×サービス株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 川崎 太郎

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の東麓を受け、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

代表者の役職も記載してください。

営 業 の 形 態	<input checked="" type="radio"/> 法人 ・ <input type="radio"/> 個人		
事 業 所 所 在 地	(〒214-□□□□) 神奈川県川崎市多摩区〇〇町△一△		
事 業 所 名 称	フリガナ <u>マルパツサービスカブシキガイシャカワサキキタエイキョウワシヨ</u> 〇×サービス株式会社川崎北営業所		
電 話 番 号	<u>044-935-xxxx</u>	F A X 番 号	<u>044-935-●●●●</u>
登 録 を 受 け よ う と す る サ ー ビ ス の 種 類	(介護予防) 住 宅 改 修		<input type="radio"/>
	(介護予防) 特 定 福 祉 用 具 販 売		<input type="radio"/>
介 護 保 険 事 業 所 番 号	1 4 × × × × × × × × × × 登録を受ける事業に「〇」を付けてください。		

事業所ごとの登録が必要です。

登録を受ける事業に「〇」を付けてください。

* (介護予防) 特定福祉用具販売の登録を行う場合は介護保険事業者番号を記載してください。

振込口座の登録			
金 融 機 関 名	<u>〇〇銀行</u>	店 舗 名	<u>××支店</u>
口 座 種 目	<input checked="" type="radio"/> 普通 ・ <input type="radio"/> 当座	口 座 番 号	<u>△△△△△△</u>
口 座 名 義 人	フリガナ <u>マルパツサービス(カ)</u> 〇×サービス株式会社 代表取締役 川崎 太郎		

預金通帳の口座名義人のカナと一致させてください。

* 住宅改修費等の受領委任に係る口座の登録において、ゆうちょ銀行口座は取扱いしていません。

介護保険住宅改修費等受領委任払い制度に係る取扱確約書

届出書(第1号様式)と一致している
かを確認してください。
(日付も同日で記載してください。)

20××年〇〇月××日

(宛先) 川 崎 市 長

届 出 者 所 在 地 神奈川県川崎市川崎区〇〇町△一△

事業者名称 〇×サービス株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 川崎 太郎

介護保険住宅改修費等受領委任払い制度の取扱いを申し出るに当たり、次の事項を遵守することを確約します。

- 1 住宅改修等の提供に関しては、関係法令及び川崎市介護保険住宅改修費等受領委任払い制度の登録等に関する要綱（以下「要綱」という。）等を遵守すること。
- 2 住宅改修等を行う被保険者が、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に、当該被保険者の心身及び住宅の状況等を踏まえた適切な住宅改修等を行うよう努めること。
- 3 住宅改修等を行うに当たっては、川崎市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者その他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 住宅改修等を行うに当たっては、被保険者の提示する介護保険被保険者証によって被保険者資格、要介護認定等の有無、要介護認定等の有効期間等を確認し、川崎市介護保険住宅改修費等受領委任払い制度が利用可能であるかどうか確認すること。また当該被保険者に過去の住宅改修等の給付実績を確認すること。
- 5 正当な理由なく、川崎市介護保険住宅改修費等受領委任払い制度の利用を拒まないこと。
- 6 住宅改修費等については、保険給付分を除いた自己負担額の支払いを被保険者より受けるものとし、これを減免し、又は超過して費用を徴収しないこと。また、自己負担額の支払いを受けたときは、被保険者に対し自己負担額分の領収証を発行すること。
- 7 住宅改修費等の代理受領を行ったときは、被保険者あて保険給付分の領収証を発行し、区長に提出すること。

- 8 要綱第7号様式の委任状に記載された保険適用総費用見込額が実際の保険適用総費用と異なるときは、速やかに差額の返還又は徴収を行うこと。
- 9 被保険者が、次の事項に該当する場合には、遅滞なくその旨を川崎市に通知すること。
 - (1) 不正な行為により、保険給付を受け、又は受けようとしたとき。
 - (2) 正当な理由なく、当該住宅改修等を行うに当たって必要な手続き等に関して協力しないとき。
- 10 住宅改修等に関する記録を整備し、住宅改修の完了又は特定福祉用具の販売の日から5年間保存すること。
- 11 関係法令、要綱、この遵守事項等に違反し、その是正等について川崎市長から指導を受けたときは、直ちにこれに従うこと。
- 12 被保険者からの苦情又は相談があった場合においては、必要に応じて事実関係を確認するための訪問等を行い、被保険者の立場を考慮しながら、円滑かつ迅速に苦情処理を行うこと。その他、当事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法を検討し、対処すること。
- 13 業務上知り得た被保険者及びその家族の秘密を保持すること。また、事業所の職員であった者に、業務上知り得た被保険者及び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べき旨を職員との雇用契約の内容とすること。
- 14 介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録内容に変更があったときは、速やかにその旨を要綱第4号様式にて川崎市長に届け出ること。
- 15 登録を行っていた事業を廃止し、休止し、再開し、又は辞退するときは、速やかにその旨を要綱第5号様式にて川崎市長に届け出ること。

事業者がその運営する事業所に届出をさせる場合のみ必要です。

委任状

(宛先) 川崎市長

私は、都合により 〇×サービス株式会社川崎北営業所 川崎 二郎 を代理人と定め、次の権限を委任します。

川崎市介護保険住宅改修費等受領委任払い制度に 登録年月日(15日締め)の翌月1日 に関する事項登録)と同日で記載してください。

委任開始年月日 20××年〇〇月 1日

本委任を解除する場合には、双方連署のうえ届出を行うことを誓約します。

委任者 法人の所在地及び名称

届出書(第1号様式)と一致しているかを確認してください。

神奈川県川崎市川崎区〇〇町△-△ 〇×サービス株式会社

法人代表者職・氏名

代表取締役 川崎 太郎

受任者 事業所の所在地及び名称

神奈川県川崎市多摩区〇〇町△-△ 〇×サービス株式会社川崎北営業所

事業所代表者職・氏名

営業所長 川崎 二郎

事業所の代表者（営業所長等）が、委任状の受任者氏名を自ら署名した場合は、使用印鑑届の提出は不要です。

使用印鑑届

20××年〇〇月××日

私は、「介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状」の受任者印として、次の印鑑を使用することを届け出ます。

届出者 所在地 神奈川県川崎市川崎区〇〇町△一△

事業者名称 株式会社〇×サービス株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 川崎 太郎

届出事業所 所在地 神奈川県川崎市多摩区〇〇町△一△

事業所名称 〇×サービス株式会社川崎北営業所

代表者職・氏名 営業所長 川崎 二郎

使用印鑑

