様式第１号（第３条関係）

広野町介護保険福祉用具購入費受領委任払制度代理受領に係る届出書

　　年　　月　　日

広野町長　様

　　　　　　　　　　　　（申請者）

事業者　住　　所

事業者　名　　称

代表者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり、福祉用具購入費の受領委任について申し出ます。

なお、広野町介護保険福祉用具購入費受領委任払制度に基づき、私が受ける福祉用具購入費については、下記の口座へ振り込んでください。

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

|  |
| --- |
| 福祉用具購入費の代理受領に係る登録口座 |
| 銀行　　　　　　　本店　信用金庫　　　　　　　支店組合　　　　　　出張所 | 種目 | 1. 普通預金
2. 当座預金
 |
| 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 |  |

様式第２号（第４条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受領委任払用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者　氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　 日 | 性　別 | 　　　男　　・　　女 |  |
| 住所 | 〒　　　－ 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |  |
| 福祉用具名(種目名及び商品名) | 製造事業者名又は販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
|  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
| 総費用額　　① | 円 | 申請者負担額 | ①×0.1 円 |
| 福祉用具が必要　な理由 |  |
| 広野町長　様上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受領委任払にて申請します。なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 電話番号 |

注１　この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

注２　｢福祉用具が必要な理由｣については、個々の用具ごとに記載してください。

欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

受取人（福祉用具販売事業者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 |  |
| 事業者名代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

様式第３号　（第４条関係）

同　　　意　　　書

（介護保険福祉用具購入費受領委任払用）

広野町長　様

年　　月　　日

（被保険者）　　　　　　　　　　　　が、特定福祉用具を購入するにあたり、被保険者に便宜

を図るとともに制度利用を促進するため、下記のとおり受領委任払により取り扱うことに同意し

ます。

記

1　　販売後は、介護保険の特定福祉用具を購入する被保険者から居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の保険対象になる改修費用の１００分の１０の額の請求及び受領を行い、当該購入費用の保険給付額については、広野町から受領します。

販売業者

住　　所

名　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

様式第４号（第４条関係）

請　　求　　書

下記のとおり請求いたします。

年　　月　　日

広野町長　様

　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

請求金額　　　　　　　　　　　　　円

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費（受領委任払）として。

内　訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 請求金額　　　　　 | 　　　備　考　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） |  |

福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 金 融 機 関 名 | 種　　目 | 口 座 番 号 |
| 　　　　　　　銀行　　　　　　　本店　　　　　信用金庫　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　組合　　　　　　出張所　　　　　　 | １普通預金２当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

様式第５号　（第５条関係）

（被保険者用）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

広野町長　　　印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受領委任払）

先に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、下記のとおり

決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 　　年　月　日 | 決定年月日 | 年　月　日 |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） | 　　　　　　　　　　 |
| 購入価格 | 円 |
| 支給金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円　（※） |
| 不支給の理由 |  |

※　支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

問い合わせ先

広野町町民保健グループ　介護保険係　福島県双葉郡広野町大字下北迫字苗代替35

　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒979-0402　電話番号　0240-27-2113

不服の申立

　この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日から起算して６０日以内に、福島県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、この処分については、審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６箇月以内に、広野町を被告として（訴訟において広野町を代表する者は、広野町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

　なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、次のいずれかに該当する場合は、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①　審査請求があった日から、３箇月を経過しても裁決がないとき。

②　処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

③　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第6号(第5条関係)

（受領委任払事業者用）

第　　　　　号

年　　月　　日

様

広野町長　　印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）決定通知書

（受領委任払）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 | 決定内容 | 　　年　　月受付分 |
| 支給金額 | 円 |
| 不支給の理由 |  |
| 支払方法 | ・　申請のあった口座払 |

先に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

内訳：支給決定の内訳は下記のとおり。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 請求金額 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） |  |