



事業者登録番号	
区分	新規・変更

介護保険給付費及び住宅改造費助成金受領委任払  
事業者登録申請書兼振込口座指定届

年 月 日

加古川市長 様

介護保険給付費（福祉用具購入費・住宅改修費）及び住宅改造費助成金（以下「介護保険給付費等」という。）の支給について、裏面の事項を承知のうえ、加古川市介護保険給付費受領委任払取扱要領及び加古川市住宅改造費助成事業受領委任払取扱要領に基づき、介護保険給付費等の受領委任払の取扱いを行うことを申請します。

また、介護保険給付費等は下記の口座に振込み願います。

申請者（郵便番号〒 所在地 名称 代表者氏名 電話番号	
① (代表者印)	
※支店、営業所に委任する場合 私（申請者）は、介護保険給付費等に係る受領委任払事務において一切の権限を委任します。 受任者（郵便番号〒 所在地 名称 受任者氏名 電話番号	
給付内容	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 住宅改修工事 事業所番号（
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店 支所 出張所
口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他（） 口座番号
フリガナ	
口座名義	

## 承認事項

- 1 介護保険給付費（福祉用具購入費・住宅改修費）及び住宅改造費助成金の受領を委任された福祉用具販売事業者又は住宅改修事業者（以下「事業者」という。）は、関係法令等を十分理解し、遵守するものとする。
- 2 受領委任払いは、加古川市が行う介護保険の被保険者及び住宅改造費助成事業の申請者（以下「被保険者等」という。）について、福祉用具購入費、住宅改修費及び住宅改造費助成金申請事務に係る被保険者等の便宜を図るとともに、被保険者等の自己負担費用の一時的軽減と生活の安定に寄与することを目的とする。
- 3 受領委任払いを利用することのできる者（以下「対象者」という。）は、介護保険給付費（福祉用具購入費・住宅改修費）を申請する者については、次のすべてに該当し、かつ加古川市が承認した者とする。また、住宅改造費助成金を申請する者については、加古川市住宅改造費助成事業実施要綱に規定する対象要件を満たす者とする。
  - （1）加古川市の要介護認定者又は要支援認定者で、事業者が提供する福祉用具購入費又は住宅改修費の保険給付の対象となる者
  - （2）保険料の滞納により保険給付の支払方法変更（償還払い化等）の措置を加古川市から受けていない者
  - （3）生活保護を受給していない者
- 4 事業者は、対象者が加古川市に対して行う福祉用具購入費、住宅改修費及び住宅改造費助成金申請に係る申請書類の作成等に協力するとともに、必要に応じて無償で申請の代行を行うものとする。
- 5 事業者は、対象者からの要望、苦情等がある場合に誠意をもって対応するとともに、加古川市が給付する受領委任払いの事務に協力するものとする。
- 6 事業者は、偽りその他不正な手段を用いて福祉用具を販売若しくは住宅改修工事を施工し、または販売若しくは施工しようとしたと市長が認めた場合は、1年間は受領委任払いをすることができないものとする。

# 記載例

受付印

事業者登録番号	空白
区分	新規・変更

## 介護保険給付費及び住宅改造費助成金受領委任払 事業者登録申請書兼振込口座指定届

記入日

〇〇年 〇月 〇日

加古川市長 様

介護保険給付費（福祉用具購入費・住宅改修費）及び住宅改造費助成金（以下「介護保険給付費等」という。）の支給について、裏面の事項を承知のうえ、加古川市介護保険給付費受領委任払取扱要領及び加古川市住宅改造費助成事業受領委任払取扱要領に基づき、介護保険給付費等の受領委任払の取扱いを行うことを申請します。

また、介護保険給付費等は下記の口座に振込み願います。

申請者（郵便番号〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ） 所在地 神戸市 〇〇区 〇〇〇 名称 〇〇〇株式会社 代表者氏名 △△△ △△△ 電話番号 078-422-〇〇〇〇		印 (代表者印)
※支店、営業所に委任する場合 私（申請者）は、介護保険給付費等に係る受領委任払事務において一切の権限を委任します。 受任者（郵便番号〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ） 所在地 加古川市 〇〇町 〇〇〇 名称 〇〇〇株式会社 加古川支店 受任者氏名 □□□ □□□ 電話番号 079-423-〇〇〇〇		
給付内容	<input type="checkbox"/> 福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 住宅改修工事	
金融機関名	〇〇〇〇 <u>銀行</u> 信用金庫 信用組合 農協	
口座種別	①普通 2. 当座 3. その他( )	
フリガナ	〇〇〇カブシカイシャ タケヨウシヤ △△△ △△△	
口座名義	〇〇〇株式会社 代表者 △△△ △△△	

福祉用具の事業者登録を行う場合は、10桁の事業所番号をご記入ください。

支店  
支所  
出張所

## 承認事項

- 1 介護保険給付費（福祉用具購入費・住宅改修費）及び住宅改造費助成金の受領を委任された福祉用具販売事業者又は住宅改修事業者（以下「事業者」という。）は、関係法令等を十分理解し、遵守するものとする。
- 2 受領委任払いは、加古川市が行う介護保険の被保険者及び住宅改造費助成事業の申請者（以下「被保険者等」という。）について、福祉用具購入費、住宅改修費及び住宅改造費助成金申請事務に係る被保険者等の便宜を図るとともに、被保険者等の自己負担費用の一時的軽減と生活の安定に寄与することを目的とする。
- 3 受領委任払いを利用することのできる者（以下「対象者」という。）は、介護保険給付費（福祉用具購入費・住宅改修費）を申請する者については、次のすべてに該当し、かつ加古川市が承認した者とする。また、住宅改造費助成金を申請する者については、加古川市住宅改造費助成事業実施要綱に規定する対象要件を満たす者とする。
  - （1）加古川市の要介護認定者又は要支援認定者で、事業者が提供する福祉用具購入費又は住宅改修費の保険給付の対象となる者
  - （2）保険料の滞納により保険給付の支払方法変更（償還払い化等）の措置を加古川市から受けていない者
  - （3）生活保護を受給していない者
- 4 事業者は、対象者が加古川市に対して行う福祉用具購入費、住宅改修費及び住宅改造費助成金申請に係る申請書類の作成等に協力するとともに、必要に応じて無償で申請の代行を行うものとする。
- 5 事業者は、対象者からの要望、苦情等がある場合に誠意をもって対応するとともに、加古川市が給付する受領委任払いの事務に協力するものとする。
- 6 事業者は、偽りその他不正な手段を用いて福祉用具を販売若しくは住宅改修工事を施工し、または販売若しくは施工しようとしたと市長が認めた場合は、1年間は受領委任払いをすることができないものとする。