

No. _____

介護保険 福祉用具購入費受領委任払いに係る誓約書

年 月 日

（宛先）新潟市長

所在地

会社名

代表者

電 話

F A X

（事業所名 _____）

（電話・F A X _____）

介護保険福祉用具購入費受領委任払いを利用するにあたり、下記の事項を誠実に守り、当該給付費の振込み口座を下記のとおり届け出ます。

なお、これに反した場合は受領委任払いの停止等新潟市の処分に従います。

記

- 1 介護保険法及び関係法令等を遵守します。
- 2 利用者の心身の状況や希望を踏まえた適切な福祉用具販売業務に努めます。
- 3 福祉用具の販売を行うにあたり、新潟市及び利用者の居宅介護支援事業者との連携に努めます。
- 4 当該受領委任払いの手続きに生じる費用を利用者から徴収しません。
- 5 福祉用具購入費のうち、受領委任払いにより新潟市から支払う保険給付費を引いた額を利用者から徴収します。その際は、領収証を発行します。
- 6 利用者から、福祉用具について苦情等があった場合は、新潟市に報告した上で、円滑かつ迅速な解決に努めます。また、新潟市から当該福祉用具に関して文書等の提出を求められた場合は、速やかに提出します。
- 7 利用者の状況等の業務上知り得た情報は他人に漏らしません。

【届出口座】

銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所			種 別	口 座 番 号						
金融機関コード				店舗コード			・普通 ・当座 ・貯蓄							
フリガナ														
口座名義														