様式第２号（第４条関係）

介護保険受領委任払いに係る誓約書

年　　月　　日

　庄　原　市　長　　様

（申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　庄原市介護保険受領委任払いに関して、取扱い事業者の登録申請を行うに当たり、次の各事項を遵守することを誓約します。

（基本的事項）

　１　福祉用具購入費又は住宅改修費のサービスの提供に際しては、関係法令、通達及び庄原市の要綱等を遵守すること。

　２　事業に当たっては、庄原市、居宅介護支援事業者、他の居宅介護サービス事業者並びに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。

（受給資格の確認等）

　３　被保険者から、庄原市介護保険受領委任払い制度によりサービスの提供を求められた場合には、その者の提示する介護保険被保険者証によって、庄原市の被保険者であること、要介護（要支援）認定を受けていることを確認すること。

（指導、調査等）

　４　関係法令、通達、庄原市の要綱又はこの遵守事項に違反し、その是正等について市長から指導を受けたときは、直ちにこれに従うこと。

（届出の取消し等）

　５　この遵守事項に違反した場合又は不正な手段により代理受領に係る届出を行った場合は、市長が直ちに当該届出を取り消すこと、また、以後市長が定める取消期間中は、届出を行うことができないことについて異議を唱えないこと。

（秘密保持）

　６　事業所の職員に、業務上知り得た被保険者等又はその家族の秘密を保持させること。また、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させること。

（その他）

　７　届出書に記載した事項に変更があったときは、速やかにその旨及びその年月日を市長に届け出ること。