紀美野町家族介護用品支給事業取扱事業者登録申請書

令和　　　年　　　月　　　日

紀美野町長　様

（申請者）

事業者名称

代表者氏名

　裏面の留意事項を了承し、紀美野町家族介護用品支給事業の取扱事業者として申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 所 在 地 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 受注形態 | 店頭　　・　　電話　・　　両方 | 上乗せ購入 | 可　　・　　　不可※限度額超過分の現金取扱い |
| 配送対応 | 　　可　　・　　　不可※店頭受渡しのみなら不可に○ | 配 送 者 | 従業者　・　 　配送業者 |
| 備　　　考 | ケース単位ごとの配送サービスの実施など、利用者へ周知が必要な情報があればお書きください。 |

※取扱商品のパンフレットなど、利用者に情報提供できるものがあれば20部程度添付してください。

**指定振込口座**



**●留意事項●**

　■配送対応の場合、事業者の負担を考慮し３か月単位での引換えとします。

■配送にかかる費用は給付券の対象外です。その上で用品単価を設定してください。

■家族介護用品給付券は１枚につき5,000円（１か月分）です。給付額が金額に満たない場合でも差額（おつり）はありません。超過の場合は差額を現金でもらうなど、各事業者での対応をお願いします。

■商品引換えの際は家族介護用品給付券の**使用期限を確認**のうえ、**受取日、受取人の署名、続柄の記載**を求めてください。（不備があれば町で受付できない場合もあります）

　■回収した給付券、給付内容の分かる明細を請求書に添付し、町に請求してください。

　　（明細、請求書の様式は問いません。請求は持参・郵送どちらでも結構です）

　■町への請求は月末締めとし、翌月初めに行なうことを基本としますが、件数が少ない場合は数か月分まとめての請求も可能です。請求日より約１か月以内に指定の口座に振り込みます。

　　ただし、３月末締めの請求は必ず４月初めにお願いします。

■本事業への登録を終了したい場合は、終了予定月の３か月前までに文書にて申し出てください。（様式は任意です）

■**本事業を実施するために知り得た個人情報は適正に管理し、紀美野町個人情報保護条例その他個人情報に関する法令等を遵守の上、個人の権利利益を侵害することのないよう従業者に対し周知徹底を図ってください。また退職後においても同様とします。**