

○あきる野市介護保険制度における福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払い実施要綱

平成16年11月15日

通達第37号

改正 平成19年11月27日通達第45号

平成26年4月1日通達第18号

平成27年12月21日通達第43号

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、介護予防福祉用具購入費又は介護予防住宅改修費（以下「福祉用具購入費等」という。）の支給について受領委任払いを実施することにより、当該支給を受ける居宅要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下「居宅要介護被保険者等」という。）の一時的な費用負担の軽減を図り、もって生活の安定に寄与することを目的とする。

（平19通達45・一部改正）

(用語の定義)

第2条 この要綱において「受領委任払い」とは、あきる野市（以下「市」という。）から福祉用具購入費等の支給を受ける居宅要介護被保険者等が、福祉用具購入費等の受領を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。）に委任した場合において、市が事業者に対して福祉用具購入費等を支払うことをいう。

(受領委任払い契約の締結)

第3条 受領委任払いを受けようとする事業者は、市と福祉用具購入費等の支給に係る受領委任払いに関する契約（以下「受領委任払い契約」という。）を締結しなければならない。この場合において、事業者は、当該契約を事業所ごとに市と締結するものとする。

2 市長は、前項の規定により受領委任払い契約を締結した事業者が次の各号のいずれかに該当した場合は、当該契約を解除することができる。この場合において、契約解除の原因となった事項の生じた日以後に支払った受領委任払いによる福祉用具購入費等の全部又は一部の額の返還を命じることができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) その他受領委任払いをすることが適当でないと市長が認めるとき。

（平26通達18・一部改正）

(事前承認の申請)

第4条 受領委任払いによる福祉用具購入費等の支給を受けようとする居宅要介護被保険者等（以下「申請者」という。）は、福祉用具購入又は住宅改修を行う前に、介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い事前承認申請書（様式第1号。以下「福祉用具購入費受領委任払い事前承認申請書」という。）又は介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払い事前承認申請書（様式第2号。以下「住宅改修費受領委任払い事前承認申請書」という。）により申請しなければならない。ただし、介護保険料を滞納している居宅要介護被保険者等は、申請することができない。

2 前項の申請者のうち福祉用具購入を行おうとするものは、福祉用具購入費受領委任払い事前承認申請書に次の書類を添付しなければならない。

(1) 福祉用具の購入金額の見積書

(2) 福祉用具のパンフレット

3 第1項の申請者のうち住宅改修を行おうとするものは、住宅改修費受領委任払い事前承認申請書に次の書類を添付しなければならない。

(1) 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類

(2) 住宅改修を行おうとする箇所の図面

(3) 住宅改修の費用の見積書

(4) 改修を行う住宅を居宅要介護被保険者等が所有していない場合は、改修工事を行うことに対する当該住宅の所有者の承諾書

（承認又は不承認の決定）

第5条 市長は、前条第1項の規定による申請を受けた場合において、その内容を審査し、承認又は不承認の決定をしたときは、介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い事前承認（不承認）通知書（様式第3号）又は介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払い事前承認（不承認）通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により受領委任払いを承認された申請者（以下「被承認者」という。）は、当該承認の内容に変更が生じたときは、速やかに市長に申し出なければならない。

(給付の申請)

第6条 被承認者は、福祉用具購入又は住宅改修が完了したときは、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）（様式第5号。以下「福祉用具購入費支給申請書」という。）又

は介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払い用）（様式第6号。以下「住宅改修費支給申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

- 2 前項の福祉用具購入費支給申請書には、福祉用具購入の際に被承認者が負担した費用に係る領収書及び受領委任払いを事前に承認した旨の通知を添付しなければならない。
- 3 第1項の住宅改修費支給申請書には、住宅改修の際に被承認者が負担した費用に係る領収書、住宅改修の費用の内訳書、完成前及び完成後の状態が確認できる書類並びに受領委任払いを事前に承認した旨の通知を添付しなければならない。

（平19通達45・一部改正）

（支給又は不支給の決定）

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請を受けた場合において、その内容を審査し、支給又は不支給の決定をしたときは、介護保険受領委任払い支給（不支給）決定通知書（様式第7号）により被承認者に通知するものとする。

附 則

この要綱は、平成17年1月1日から施行する。

附 則（平成26年通達第18号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、通達の日から施行する。
（経過措置）
- 2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成27年通達第43号）抄

（施行期日）

第1条 この要綱は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日（平成28年1月1日）から施行する。

（あきる野市介護保険制度における福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払い実施要綱の一部改正に伴う経過措置）

第6条 この要綱の施行の際現にある第6条の規定による改正前のあきる野市介護保険制度における福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払い実施要綱の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第1号(第4条関係)

介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い事前承認申請書

フリガナ		保険者番号	1 3 2 2 8 2			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	年 月 日					
住所	電話番号					
福祉用具購入費受給の有無	年4月1日以降 <input type="checkbox"/> 有(年 月頃) <input type="checkbox"/> 無					
購入予定事業者名及び所在地	電話番号					
福祉用具が必要な理由						
購入予定の福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び品番等		購入見積金額			
			円			
			円			
			円			
購入見積額合計	円		保険給付予定額	円		
<p>あきる野市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険福祉用具購入費の受領委任払い事前承認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 ☑ 電話番号</p>						

(注) この申請書に福祉用具の購入金額の見積書及びパンフレットを添付してください。

市記入欄

契約の有無	保険料滞納の有無	添付書類確認	受付	入力	決定	備考

様式第2号(第4条関係)

介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払い事前承認申請書

フリガナ		保険者番号	1 3 2 2 8 2			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	年 月 日					
住所	電話番号					
住宅の所有者	被保険者との関係()					
改修工事の内容	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け	<input type="checkbox"/> 段差の解消	着工予定日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 床又は通路面材料の変更	<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え	完成予定日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え					
介護保険住宅改修費受給の有無	<input type="checkbox"/> 有(年 月頃) <input type="checkbox"/> 無					
居宅介護支援事業者名及び所在地	電話番号	介護支援専門員氏名				
施工予定事業者名及び所在地	電話番号					
改修費用見積額	円	保険給付対象工事費	円			
あきる野市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて介護保険住宅改修費の受領委任払い事前承認を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号						

(注)

- この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、住宅改修を行おうとする箇所の図面及び住宅改修の費用の見積書を添付してください。
- 改修を行う住宅の所有者がこの申請を行う被保険者でない場合は、当該住宅の所有者の承諾書も併せて添付してください。

市記入欄

契約の有無	保険料滞納の有無	添付書類確認	受付	入力	決定	備考

様式第3号(第5条関係)

第 年 月 日

あきる野市長 印

様

介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い事前承認(不承認)通知書

年 月 日付けで申請のありました介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いに関する事前承認申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
受領委任払い事前承認の可否	1 承認する 2 承認しない 理由 <input type="checkbox"/> 購入事業者が受領委任払い契約を締結していないため <input type="checkbox"/> 被保険者が介護保険料を滞納しているため <input type="checkbox"/> その他()		
購入事業者名及び所在地			
購入予定の福祉用具名(種目名及び商品名)	製造事業者名及び品番等	購入見積金額	
		円	
		円	
		円	
福祉用具購入費見積額	円		
保険給付予定額	円		
自己負担予定額	円		

(注)

- 1 この通知書により事前承認がされた場合のみ受領委任払いが可能となります。
- 2 購入の際は、この事前承認通知書を居宅介護支援事業者及び福祉用具購入業者に提示し、十分相談の上、購入してください。なお、申請内容に変更がある場合は、事前に市に申し出てください。
- 3 福祉用具購入後、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)に次の書類を添付して支給申請を行ってください。ただし、支給申請を行わない場合は、この事前承認通知書を返却してください。
 - (1) 被保険者が支払った自己負担分の領収書
 - (2) この事前承認通知書

問合せ先

様式第4号(第5条関係)

様

第 年 月 日

あきる野市長 印

介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払い事前承認(不承認)通知書

年 月 日付で申請のありました介護保険住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する事前承認申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

フリガナ		
被保険者氏名	被保険者番号	
受領委任払い事前承認の可否	1 承認する 2 承認しない 理由 <input type="checkbox"/> 施工事業者が受領委任払い契約を締結していないため <input type="checkbox"/> 被保険者が介護保険料を滞納しているため <input type="checkbox"/> その他()	
居宅介護支援事業者名及び所在地		
施工事業者名及び所在地		
改修工事の内容	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床又は通路面材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え	
保険給付対象工事費	円	
保険給付予定額	円	
自己負担予定額	円	

- (注)
- 1 この通知書により事前承認がされた場合のみ受領委任払いが可能となります。
 - 2 改修の際は、この事前承認通知書を居宅介護支援事業者及び住宅改修施工業者に提示し、十分相談の上、行ってください。なお、申請内容に変更がある場合は、事前に市に申し出てください。
 - 3 住宅改修工事終了後、介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(受領委任払い用)に次の書類を添付して支給申請を行ってください。ただし、支給申請を行わない場合は、この事前承認通知書を返却してください。
 - (1) 被保険者が支払った自己負担分の領収書
 - (2) 住宅改修の費用の内訳書
 - (3) 完成前及び完成後の状態を確認できる書類(改修箇所ごとの日付入りの写真)
 - (4) この事前承認通知書

問合せ先

様式第5号(第6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(受領委任払い用)

フリガナ		保険者番号	1 3 2 2 8 2			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	年 月 日					
住所	電話番号					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び品番等	購入金額	購入日			
		円	年	月	日	
		円	年	月	日	
		円	年	月	日	
福祉用具 販売事業者 (受取人)	所在地 事業者名 代表者氏名	☎ 電話番号				
あきる野市長 殿 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申請します。 また、当該申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を上記の受取人に 委任します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名						
☎ 電話番号						

(注) この申請書に被保険者が支払った自己負担分の領収書及び受領委任払い事前承認通知書を添付してください。

支給決定額は、下記の口座に振り込みくださるよう依頼します。

記



振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金			
			2当座預金			
			3その他			
	フリガナ					
	口座名義人					

市記入欄

添付書類確認	受付	入力	決定	備考

様式第6号(第6条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(受領委任払い用)

フリガナ		保険者番号	1 3 2 2 8 2			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	年 月 日					
住所	電話番号					
住宅の所有者	被保険者との関係()					
改修の内容・箇所及び規模		着工日	年 月 日			
		完成日	年 月 日			
改修費用	円	保険給付対象工事費	円			
住宅改修事業者(受取人)	所在地 事業者名 代表者氏名  電話番号					
あきる野市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。 また、当該申請に基づく居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を上記の受取人に委任します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名  電話番号						

(注) この申請書に被保険者が支払った自己負担分の領収書、住宅改修の費用の内訳書、完成前及び完成後の状態が確認できる書類(改修箇所ごとの日付入りの写真)並びに受領委任払い事前承認通知書を添付してください。

支給決定額は、下記の口座に振り込みくださるよう依頼します。

記

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金				
			2当座預金				
			3その他				
	フリガナ						
	口座名義人						

市記入欄

添付書類確認	受付	入力	決定	備 考

様式第7号(第7条関係)

	様
--	---

介護保険受領委任払い支給(不支給)決定通知書
(年 月サービス分)

第 号
年 月 日

あきる野市長 印

次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
本人支払額	円	支給年月日	年 月 日
給付の種類			
支給		支給金額	円
不支給の理由			

支 払 方 法			
窓 口 払 い		口 座 払 い	
お持ちいただくもの		振込先	金融機関
支払日時			口座種目
支払場所			口座番号
			口座名義人

問合せ先

様式第1号（第4条関係）

（平26通達18・平27通達43・一部改正）

様式第2号（第4条関係）

（平26通達18・平27通達43・一部改正）

様式第3号（第5条関係）

（平19通達45・平26通達18・一部改正）

様式第4号（第5条関係）

（平19通達45・平26通達18・一部改正）

様式第5号（第6条関係）

（平19通達45・平26通達18・平27通達43・一部改正）

様式第6号（第6条関係）

（平19通達45・平26通達18・平27通達43・一部改正）

様式第7号（第7条関係）

（平26通達18・一部改正）