

半田市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく福祉用具購入費等を支給する際に受領委任払いを行うことにより、要介護被保険者等の経済的負担を軽減することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 福祉用具購入費等 法に規定する居宅介護福祉用具購入費、介護予防福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費をいう。
- (2) 要介護被保険者等 法に規定する居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者をいう。
- (3) 事業者 法に規定する特定福祉用具の販売事業者及び住宅改修を行う業者をいう。

(適用要件)

第3条 受領委任の対象者は、市が行う介護保険の要介護被保険者等とする。ただし、法第66条の規定により支払方法が変更されている者は、除くものとする。

(手続)

第4条 要介護被保険者等からの受領委任を受けようとする事業者は、あらかじめ福祉用具購入費等受領委任払事業者登録申請書（様式第1）及び確認書（様式第2）により市長に届け出をし、登録を行わなければならない。

2 要介護被保険者等は、受領委任により事業者への利用者負担額の支払に代えようとするときは、受領委任払用介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（様式第3）又は受領委任払用介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（様式第4）により、事業者に申し出なければならない。

3 前項の申し出を受けた事業者は、これに同意したときは、当該支給申請書に必要事項を記入し、記名のうえ、これを要介護被保険者等に交付するものとする。

4 前項の支給申請書を受け取った要介護被保険者等は、これに給付に関する証拠書類その他必要な書類を添付して市長に速やかに提出するものとする。

(支給決定)

第5条 市長は、前条の支給申請書を受領したときは、速やかに内容を審査し、給付の可否を決定するとともに、その旨を介護保険受領委任払支給（不支給）決定通知書（様式第5）により、要介護被保険者等に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により支給を決定したときは、速やかに福祉用具購入費等を福祉用具購入費等受領委任払事業者登録申請書で指定する預金口座に振り込むものとする。

(不正受給)

第6条 市長は、事業者が受領委任の方法によって、不正に福祉用具購入費等を受給したことを確認したときは、その費用の全部又は一部を事業者から返還させるものとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年11月12日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年6月11日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1 (第4条関係)

福祉用具購入費等受領委任払事業者登録申請書

半田市長 様

年 月 日

(申請者) 所在地
 事業者名
 代表者名

福祉用具購入費等受領委任払事業者として登録したいので次のとおり申請します。

申請日	年 月 日	登録事業	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ・ <input type="checkbox"/> 福祉用具販売	
事業者名				
郵便番号		-		事業者番号
住 所				
代表者名				
電話番号		-	-	半田市登録番号
FAX番号		-	-	
メールアドレス				
備 考	変更の場合は変更箇所を具体的に記載してください。			

振込先口座

フリガナ				口 座 番 号			
口座名義人							
金融機関コード		支店 コード		口座種別	1普通	2当座	3その他 ()
金融機関名	銀 行 信金・信組 農 協			支店名	店		

(注) この申請をすることにより受領委任払いの制度を利用する被保険者などに対して登録事業者として公表します。

確 認 書

保険者 半田市 と事業者 は、受領委任払いとなる福祉用具購入費等について、半田市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払実施要綱の定めに従い、次の事項について確認をする。

1 事業者は、次に掲げる規定を遵守するものとする。

- (1) 要介護被保険者等から償還払いとなる福祉用具購入費等の受領について、申し出を受けたときは、介護保険被保険者証等により、受領の適否を確認するとともに、受領する場合においては、誠実にこれを履行する。
- (2) 当該事務処理にあたっては、必要に応じて介護支援専門員との連絡調整に努める。
- (3) 住宅改修にあつては、保険者に事前に工事内容の説明を行い、給付対象経費及び給付見込額について保険者の確認を得るものとする。ただし、介護支援専門員が代わってこれを行う場合には、事業者からの説明を省略することができる。
- (4) 受領委任払いによる給付に必要な利用者負担分の領収証及びパンフレット、見積書、工事内訳書、着工前後の写真等の関係資料を、介護サービスの種類に応じて要介護被保険者等に提供するものとする。
- (5) サービス提供に当たっては、他の利用者との公平性の確保に努める。
- (6) 受領委任に関する全てを第三者に委任してはならない。
- (7) この受領委任に関して保険者から必要な指示があった場合には、誠意をもってこれに従うものとする。
- (8) 要介護被保険者等との間で発生した諸問題については、事業者は当事者間で協議の上、誠意をもって、これを解決するものとする。
- (9) 福祉用具購入費等受領委任払事業者登録申請書に記載した事項に変更があったときは、速やかに、変更内容を記載した登録申請書を市長に届け出ること。

2 保険者は、この受領委任に関して、次の各号のいずれかに該当すると認められた場合には、福祉用具購入費等の支払又は受領委任を拒否することができる。

- (1) 受領委任に関して不正な保険請求があった場合
- (2) 委任を申し出た要介護被保険者等が、委任することができない者であると判明した場合
- (3) 事業者が受領委任に関して誠実に履行できないと判断した場合
- (4) 保険者の指示に対して理由もなく従わず、当該事業の目的を達成することが困難と判断した場合

3 この確認書によりがたい事情が生じたとき又はこの確認書に疑義が生じたときは、保険者、事業者両者協議して決定する。

この確認の証として本書 2 通を作成し、両者記名の上、それぞれ 1 通を保有する。

年 月 日

保険者 半田市

代表者 半田市東洋町二丁目1番地

半田市長

所在地

事業者 事業者名

代表者名

受領委任払用介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ					被保険者番号	0	0	0	0									
被保険者氏名					生年月日				年	月	日							
個人番号																		
住 所	半田市										利用者負担							
											割							
要介護状態区分	要支援 () ・要介護 ()				認定の有効期間				年	月	日	~	年	月	未	日		
福祉用具購入の種目 (購入種目に○をつけてください)	・腰掛便座 [上置便座 補高便座 昇降便座 ポータブルトイレ] ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・排泄予測支援機器 ・入浴補助用具 [入浴用いす 浴槽用手すり 浴槽内いす 入浴台] ・簡易浴槽 [浴室内すのこ 浴槽内すのこ 入浴用介助ベルト] ・移動用リフトのつり具 ・選択制の対象福祉用具 [スロープ 歩行器 歩行補助つえ]																	
購入商品名	製造事業者名	搬入日	購入金額	支給金額(市記入欄)														
		年 月 日	円	円														
		年 月 日	円	円														
		年 月 日	円	円														
販売事業者名											年 月分	支給金額合計		円				
販売事業者番号											円	利用者負担額		円				
必要な理由	居宅(介護予防)サービス計画書のとおり・証明書のとおり				購入日現在の状況	在宅・入院中・入所中												
半田市長様 申請日: 年 月 日 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、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。 添付書類: 領収書、証明書(種目、品名規格及び本体価格を明記したもの)、福祉用具のパフレット等 居宅(介護予防)サービス計画書・サービス担当者会議の要点(第2表・第4表) 委任日: 年 月 日 申請者 住所 (委任者) 氏名 電話番号() -																		
●申請者が資格を喪失された場合はこちらも記入ください。 年 月 日 住所 代理申請者 氏名 電話番号() - 本人との関係()																		
上記申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意いたします。 なお、給付費は登録した振込先口座に振り込んでください。 受任日: 年 月 日 所在地 事業者 事業所名 電話番号() - (受任者) 代表者名 担当者																		
半田市 受領委任登録番号																		

市 記 入 欄

給付制限 の状況	滞納	支給実績(年度外)				支給実績(年度内)					
有・無	有	費用額	円	費用額	円	費用額	円	費用額	円		
	・	支給額	円	支給額	円	残 額	円	残 額	円		
給付割合 %	無	種目		種目		種目		種目			
		サービス提供年月		サービス提供年月		サービス提供年月		サービス提供年月			
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> その他()										
身元確認	1点確認 (写真付公的書類)		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい手帳 <input type="checkbox"/> その他()								
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	2点確認 (上記以外の書類)		<input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()								
代理権確認 (代理人の場合)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本等(法定代理人の場合) <input type="checkbox"/> その他()							確認者			

受領委任払用介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0													
被保険者氏名		生年月日																	
個人番号		利用者負担割																	
改修する住宅の住所	半田市	この申請による住宅改修を承諾します。 署名：																	
住宅所有者承諾欄		認定の有効期間																	
要介護状態区分	要支援（ ）・要介護（ ）	事業者名																	
改修の内容等	1 手すりの取付け	事業者番号																	
	2 段差の解消	着工日																	
	3 床又は通路面の材料の変更	完了日																	
	4 扉の取替え	改修費用																	
	5 便器の取替え																		
着工日現在の状況(予定)	在宅 ・ 入院中 ・ 入所中	利用者負担額説明日																	
半田市長 様 申請日： 年 月 日 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、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。 添付書類：介護支援専門員が作成した住宅改修が必要な理由書、領収証、工事費内訳書 改修箇所の工事前後の写真（撮影日が確認できるもの） 委任日： 年 月 日 申請者 住所 (委任者) 氏名 電話番号() -																			
●申請者が資格を喪失された場合はこちらも記入ください。 年 月 日 代理申請者 住所 (委任者) 氏名 電話番号() - 本人との関係 ()																			
上記申請者に係る住宅改修費の受領について同意いたします。 なお、給付費は登録した振込先口座に振り込んでください。 受任日： 年 月 日 所在地 事業者 事業者名 電話番号() - (受任者) 代表者名 担当者																			
半田市 受領委任登録番号																			

市記入欄

給付制限の状況	滞納	リセット	過去支給実績				今回改修内容	
有・無	有	転居	サービス提供年月	費用額	円	支給額	円	
給付割合	・	・	支給額	円		利用者負担額	円	
%	無	3段階	改修の内容	残額	円			
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> その他 ()							
身元確認	1点確認 (写真付公的書類) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()							
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	2点確認 (上記以外の書類) <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
代理権確認 (代理人の場合)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本等 (法定代理人の場合) <input type="checkbox"/> その他 ()						確認者	

年 月 日

介護保険受領委任払支給(不支給)決定通知書

様

半田市長

印

福祉用具購入費等の受領委任払について下記の通り、決定しましたので通知します。

事業者番号	
事業者名	

被保険者氏名		被保険者番号	
個人番号			
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
サービス提供年月	年 月		
給付の種類			
支給			
不支給の理由			

・問い合わせ先

半田市福祉部高齢介護課 介護保険担当
住 所 〒475-8666 愛知県半田市東洋町二丁目1番地
電話番号 (0569)84-0649

・不服の申立

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会(〒460-8501愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号TEL(052)961-2111)に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に半田市を被告として(訴訟において半田市を代表する者は半田市長となります。)、提起することができます。なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。