

福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払い制度について

1. 福祉用具購入費及び住宅改修費の「受領委任払い制度」とは

受領委任払い制度とは、【利用者が事業者に支給申請及び介護保険給付分の受領を委任することによって、利用者の支払いを利用者自己負担分のみとする】制度のことです。

残りの介護保険給付分は平内町から事業者へ支給となります。

※償還払い制度についても今まで通りご利用いただけます。

2. 受領委任払い利用者に対する条件について

以下の条件に該当している平内町の被保険者の方が対象となります。どちらか1つでも該当していない場合は償還払いでの支給となりますので、受領委任払いを利用する際は必ずどちらの条件にも該当していることをご確認ください。

- ・介護保険料の滞納等による給付制限（支払い方法の変更、給付差止め、給付額の減額）を受けていないこと。
- ・受領委任払いについて事業者から事前に同意を得ていること。

3. 償還払いと異なる点や注意点について

- ①平内町から事前に受領委任払いの登録を受けた事業者のみ受領委任払い可能となります。登録を受けていない事業者は償還払いでの利用となります。
- ②利用者自己負担分のみ（1～3割）を事業者に支払っていただくため事業者側や利用者側で利用者自己負担分等について計算・確認していただくこととなります。利用者自己負担分を計算した際に1円未満の端数が発生した場合は、全て切り上げとなりますのでご注意ください。
- ③受領委任払いと償還払いで申請書が別となります。受領委任制度開始以降に現行の申請書で提出された場合は償還払いでの申請となりますのでご注意ください。
- ④（事前）申請や申請後の連絡等について、住宅改修を行った事業者または福祉用具を販売した事業者が担当できるようになります。事業者が申請した場合、連絡・支給決定の通知等は事業者側に通知いたします。（※住宅改修費の「住宅改修が必要な理由書」の作成は、必ず利用者を担当しているケアマネの方が行ってください。）
- ⑤受領委任払いにおける領収書の記載内容は償還払いの場合とは異なります。償還払いの場合は「工事費用全額」の領収書ですが、受領委任払いの場合は「利用者自己負担分の合計額」の領収書を提出してください。但し書きには「利用者自己負担分の合計額」の内訳がわかるように記入してください。

4. 受領委任払い制度の開始時期について

開始時期：令和5年4月1日

福祉用具購入の場合は令和5年4月1日以降に購入・申請されたものが対象となり、住宅改修の場合は令和5年4月1日以降に事前申請されたものが対象となります。

5. 福祉用具購入における受領委任払いでの申請～支給までの流れについて

※【別紙】「申請書 記載例」及び「領収書 記載例」と併せてご確認ください。

- 例
- ・ポータブルトイレとシャワーベンチを購入。
 - ・負担割合は1割。
 - ・今まで福祉用具購入をしたことがない（支給上限額 10 万円のまま）
 - ・購入費用の合計は 43,517 円

- (1) 購入を希望する被保険者が福祉用具購入についてケアマネに相談。ケアマネは支給限度額が残っているか役場に確認を行い、受領委任払登録事業者情報一覧表の中から事業者を選び依頼する。
- (2) 事業者はケアマネからの情報提供や保険証を見て受領委任払い可能な被保険者か確認を取る。確認できたら双方同意していることを確認して契約する。
- (3) 三者間で相談して適切な福祉用具を選択。以下のように利用者自己負担分等を算出する。※【別紙】「申請書 記載例」もご確認ください。

- 1 (申請対象額) = 43,517 円 … (A)、(D)
- 2 (利用者自己負担分) = $43,517 \times 0.1 = 4,352$ 円 (1 円未満切り上げ) … (E)
- 3 (介護保険支給額) = $43,517 - 4,352 = 39,165$ 円 … (F)

- (4) 役場に申請する。

- ・介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）…
- ・カタログの写し
- ・領収書（利用者自己負担分の合計額の領収書（②。申請書の（E）の金額））

- (5) 提出された書類を役場が精査。問題なしであれば事業者へ電話で連絡する。
- (6) 提出された書類を元に利用者へ連絡。自宅にて現物を確認させてもらう。
- (7) 無事確認できたら事業者へ通知、介護保険分を支給する。

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

申請書 記載例

担当者名

〇〇福祉用具販売店

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|-------------|-----|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ヒラナイ タロウ | 介護度 | 保険者番号 | 0 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| 被保険者氏名 | 平内 太郎 | 要支援 | 被保険者番号 | | | | 1 | 2 | 3 |
| 生年月日 | 明・大(昭) 24年2月10日 | 要介護 3 | 性別 | (男) | | | | | 女 |
| 住所 | 〒 039-3393 平内町大字小湊字小湊63 電話番号 017-755-2114 | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者名及び 販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 | | | | | | |
| ポータブルトイレ | 〇〇福祉用具販売店 | 23,000 円 | 令和 5年 4月 4日 | | | | | | |
| シャワーベンチ | 〇〇福祉用具販売店 | 20,517 円 | 令和 5年 4月 4日 | | | | | | |
| | | 円 | 年 月 日 | | | | | | |
| 販売価格合計(A) | 43,517 円 | 同年度福祉用具購入費 申請済額(B) | 0 円 | | | | | | |
| 同年度支給限度額残額(C) 10万円-(B) | 100,000 円 | 申請対象額(D) (A)と(C)の少ない方 | 43,517 円 | | | | | | |
| 被保険者自己負担額(E) (D)×負担割合(端数切り上げ) | 4,352 円 | 介護保険給付分(F) (D)-(E) | 39,165 円 | | | | | | |
| 福祉用具が 必要な理由 | 別紙参照 | | | | | | | | |
| <p>平内町長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費を受領委任払で支給申請します。</p> <p>なお、支給申請及び給付の受領に関する権限を下記の登録事業者委任します。</p> <p>令和 5年 4月 5日</p> <p>住所 平内町大字小湊字小湊63</p> <p style="text-align: right;">電話番号 017-755-2114</p> <p>申請者氏名 平内 太郎</p> | | | | | | | | | |
| <p>平内町長様</p> <p>上記申請者に係わる居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給申請及び給付の受領に関する権限を委任されることに同意します。なお、当該給付費の支給に関しましては、届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込みしてください。</p> <p>令和 5年 4月 5日</p> <p>所在地 平内町大字小湊字下槻1-2</p> <p>事業者名称 〇〇福祉用具販売店 電話番号 017-755-2145</p> <p>代表者名 夜越山 次郎</p> | | | | | | | | | |

注意・この申請書のほかに、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・排泄予測支援機器を購入する場合は、排泄予測機器確認調書及び医学的所見について確認できる書類の写し(介護認定審査における主治医の意見書の場合は不要)も添付してください。

領収書 記載例

| | | |
|-----------------|-----------------------------------|-------------|
| ① | 領収書 | ④ |
| 平内 太郎 様 | | 令和 5年 4月 4日 |
| 金額 | ② | |
| | ¥4,352- | |
| ③ | 但し、介護保険特定福祉用具購入費の利用者自己負担額として | |
| 上記金額正に領収いたしました。 | | |
| ⑤ | 平内町大字小湊字小湊63 〇〇福祉用具販売店 夜越山 次 印 | |

- ①利用者本人宛(フルネーム記載)を記入してください。
利用者の家族の氏名を記入する場合は、その横に利用者本人の氏名も一緒に記入してください。
- ②取り引き金額が被保険者自己負担額(E)と同じか確認してください。
- ③但し書きには以下の点について記入してください。
 - ・介護保険福祉用具購入費の利用者自己負担額 (※申請書の(E)の金額)
 - ・介護保険申請対象外費用額(支給限度額超過による自己負担分+介護保険対象外福祉用具購入費用分)がある場合は、それについても記入。
- ④領収日時点での負担割合で利用者自己負担分を算定するため、正確な日付を記してください。
- ⑤領収書発行者の部分は省略せずに会社名等を記入してください。