

## 京都市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度実施要綱

### (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。）第44条に規定する居宅介護福祉用具購入費及び第56条に規定する介護予防福祉用具購入費（以下「福祉用具購入費」という。）の支給に当たって、居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者（以下「被保険者」という。）が有する当該福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限のうち、受領に関する権限を、特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具（以下「特定福祉用具」という。）を販売するサービス事業者（以下「事業者」という。）に委任することにより、本市が事業者に対して福祉用具購入費を支払うこと（以下「委任払い制度」という。）について必要な事項を定めることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において使用する用語は、法において使用する用語の例による。

### (適用資格)

第3条 委任払い制度の適用は、被保険者が市から福祉用具購入費を受領する権限について、事業者から受任することの同意を得ている場合とする。ただし、被保険者が次の各号の一に該当する場合は、この限りではない。

- (1) 法第66条第1項に規定する支払方法変更の記載がされた介護保険被保険者証（以下「被保険者証」という。）の交付を受けている者
- (2) 法第67条第1項に規定する保険給付の支払の一時差止がなされている者
- (3) 法第68条第1項に規定する保険給付差止の記載がされた被保険者証の交付を受けている者
- (4) 法第69条第1項に規定する給付額減額等の記載がされた被保険者証の交付を受けている者

### (届出)

第4条 委任払い制度の適用を受けようとする事業者は、あらかじめ委任払い制度に係る振込口座を指定し、市長に届け出なければならない。

### (支給申請)

第5条 委任払い制度の適用により福祉用具購入費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費受領委任払い承認申請兼支給申請書（第1号様式）に、被保険者証のほか申請に必要な書類を添えて、市長に提出しなければならない。

### (支給審査)

第6条 市長は、前条の規定による書類の提出を受けたときは、審査のうえ、福祉用具購入費の支給又は不支給を決定し、被保険者及び事業者にその旨を通知しなければならない。

### (支払)

第7条 第3条の規定を満たす被保険者が法第44条第1項及び法第56条第1項の規定に基づき、特定福祉用具を購入したときは、当該被保険者が事業者に支払うべき特定福祉用具の購入に要した費用について、市長は、福祉用具購入費として被保険者に対して支給すべき額の限度において、当該被保険者に代わり、当該事業者に支払うことができる。

2 前項の規定による支払があったときは、被保険者に対し福祉用具購入費の支給があったものと

みなす。

(返還)

第8条 市長は、委任払い制度により福祉用具購入費の支払を受けた事業者が、偽りその他不正の手段により福祉用具購入費の支払を受けたときは、当該福祉用具購入費の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

この要綱に定めるもののほか、制度実施に関し必要な事項は、所管部長が定める。

附 則

この要綱は、平成24年12月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

(経過措置)

2 申請書（第1号様式）については、当面の間、従前の様式によることができる。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

介護保険 居宅介護 福祉用具購入費受領委任払い承認申請兼支給申請書  
 介護予防 介護予防

(宛先)京都市長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名

京都市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度実施要綱の規定により、受領委任払いによる  
 介護保険法施行規則 第71条第1項の規定により居宅介護福祉用具購入費 の支給を申請します。  
第90条第1項の規定により介護予防福祉用具購入費

被保険者	住所	電話		
	フリガナ	被保険者番号	-	
	氏名		-	

特定福祉用具(特定介護予防福祉用具)の購入が必要な理由 別紙サービス計画の写しのとおり 別紙理由書の写しのとおり 別紙販売計画の写しのとおり

上記の種目及び商品名	製造事業者名	販売事業者名 (事業者番号)	購入費用	購入を行った年月日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
支給限度基準額の残額 (10万円/年度)	円		利用者負担額	円

京都市が、私の居宅介護支援・介護予防支援を担当する指定居宅介護支援事業所(指定介護予防支援事業所)及び上記の指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者に、受給資格の有無、支給限度基準額の残額及び介護保険料滞納に係る給付制限措置の有無等の申請に必要な情報を提供することに同意しています。

本人氏名(自署) \_\_\_\_\_

注 1 該当する口には、√印を記入してください。

2 福祉用具の購入に係る福祉用具のパンフレット及び領収書を添付してください。

3 保険料滞納による給付制限の措置を受けている場合には、受領委任払いによる支給は受けられません。

(次の欄は、支給決定を行うための欄ですので記入しないでください。)

上記の申請について、下記のとおり決定します。						
年 月 日 起案	課長	課長補佐・係長	係員			
年 月 日 決定						
受領委任払い	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認(理由 給付制限措置者・その他)					
審査	特定福祉用具の種類	( )				
	同一品目再支給有無	<input type="checkbox"/> 有(理由) <input type="checkbox"/> 無				
支給額審査	別紙入力確認票のとおり					
決定	<input type="checkbox"/> 支給	支給金額	円			
	<input type="checkbox"/> 不支給	理由				
申請受理簿	負担額減免	一時差止	給付額減額	電算入力	窓口払記録	備考

受領委任払い専用