

松江市告示第 431 号

松江市福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い取扱い要綱(平成 17 年松江市告示第 72 号)
の一部を次のように改正する。

令和 7 年 12 月 26 日

松江市長 上 定 昭



次の表により、改正後欄に掲げる規定で改正前欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを加え、改正前欄に掲げる規定で改正後欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを削り、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前
第 1 条 略 (対象者等)	第 1 条 略 (対象者等)
第 2 条 (1)・(2) 略 <u>(3) 原則、第三者求償の対象者となっていないこと。</u>	第 2 条 (1)・(2) 略 <u>2 前項の承認を受けようとする者は、福祉用具購入承認願(様式第 1 号)を市長に提出しなければならない。</u>
<u>(事前の承認)</u> 第 3 条 <u>福祉用具購入費受領委任払いの適用を受けようとする要介護被保険者等は、購入前に福祉用具購入承認願(受領委任用)(様式第 1 号)に必要書類を添付して市長に提出し承認を受けなければならない。</u>	
<u>2 市長は、前項の申請があった場合は、その内容を審査し、結果を要介護被保険者等に通知しなければならない。</u>	
第 4 条 略	

(事後の申請)

第5条 購入後に福祉用具購入費受領委任払いの適用を受けようとする要介護被保険者等は、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)(様式第2号)に必要書類を添付して市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があった場合は、その内容を審査し、介護保険受領委任払支給決定通知書(償還払用)(様式第3号)により販売事業者へ通知しなければならない。

(支払い)

第6条 第4条の規定により猶予された福祉用具購入費相当額は、福祉用具購入費明細書兼請求書(受領委任用)(様式第4号)による販売事業者の請求に基づき支払うものとする。

第7条・第8条 略

様式第1号 別紙のとおり

様式第2号 別紙のとおり

様式第3号 別紙のとおり

様式第4号 別紙のとおり

(申請等)

第3条 _____福祉用具購入費受領委任払いの適用を受けようとする要介護被保険者等は、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 _____(様式第2号)に必要書類を添付して市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があった場合は、その内容を審査し、償還払い(受領委任)支給・不支給決定通知書 _____(様式第3号)により販売事業者へ通知しなければならない。

第4条 略

(支払い)

第5条 前条の規定により猶予された福祉用具購入費相当額は、福祉用具購入費明細書兼請求書 _____(様式第4号)による販売事業者の請求に基づき支払うものとする。

第6条・第7条 略

様式第1号 別紙のとおり

様式第2号 別紙のとおり

様式第3号 別紙のとおり

様式第4号 別紙のとおり

<改正後>

様式第1号(第3条関係)

福祉用具購入承認願（受領委任用）

年 月 日

(あて先)松江市長

申請者

下記の被保険者に係る福祉用具購入を承認願います。

被保険者番号			保険者番号		
被保険者氏名			生年月日	年 月 日	
要介護等認定	要 支 援 ・ 要 介 護 () ・ 申 請 中				
住 所					
特定福祉用具の種類	品 目	種 目	購 入 金 額		
1. 腰掛便座 2. 特殊尿器 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフト のつり具			円		
			円		
			円		
販売事業者名	電話番号				
居宅介護支援事業者名			居宅介護支援専門員名		
購入予定日	年 月 日				
費用見込額 (税込)	円				
福祉用具が 必要な理由 (箇々の用具ごとに 記載してください)					

添付書類

- ☐福祉用具サービス計画書・・・福祉用具販売事業者作成
☐見積書・・・福祉用具販売事業者作成
☐パンフレットの写し

<改正前>

様式第1号(第2条関係)

福祉用具購入承認願 (受領委任用)

年 月 日

(あて先)松江市長

申請者

下記の被保険者に係る福祉用具購入を承認願います。

被保険者番号			保険者番号		
被保険者氏名			男・女	明・大・昭	年 月 日
要介護等認定	要 支 援 ・ 要 介 護 () ・ 申 請 中				
住 所					
特定福祉用具の種目	品 目	種 目	購 入 金 額		
1. 腰掛便座 2. 特殊尿器 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフト のつり具			円		
			円		
			円		
販売事業者名	電話番号				
居宅介護支援事業者名			居宅介護支援専門員名		
購入予定日	年 月 日				
費用見込額 (税込)	円				
福祉用具が 必要な理由 (個々の用具ごとに 記載してください)					

添付書類

- ☐見積書・・・福祉用具販売事業者作成
☐パンフレットの写し

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
（受領委任用）

フリガナ			
被保険者氏名	保険者番号		
	被保険者番号		
生年月日	年	月	日
承認番号			
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 及び販売事業者	購入金額	購入日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

福祉用具が必要な理由

(あて先) 松江市長

上記のとおり福祉用具を購入したので、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給の申請及び給付金受領に関する権限を下記の者に委任します。ただし、要介護（介護予防）申請日以降で認定決定日以前に福祉用具を購入し、要介護（介護予防）認定の結果が「非該当」と判定された場合は、福祉用具購入費の支給に係る費用の全額を自己負担します。

年 月 日

住所
委任者
氏名

電話番号

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。

所在地
受任者（受取人） 事業者名
代表者名

電話番号

注意：この申請書に、領収証【写】を添付してください。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
（受領委任用）

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
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 及び販売事業者	購入金額	購入日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

福祉用具が必要な理由

（あて先）松江市長

上記のとおり福祉用具を購入したので、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給の申請及び給付金受領に関する権限を下記の者に委任します。ただし、要介護（介護予防）申請日以降で認定決定日以前に福祉用具を購入し、要介護（介護予防）認定の結果が「非該当」と判定された場合は、福祉用具購入費の支給に係る費用の全額を自己負担します。

年 月 日

住所

委任者

電話番号

氏名

関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。

所在地

受任者（受取人） 事業者名

電話番号

代表者名

注意：この申請書の裏面に、領収証【写】（利用者負担分）及び福祉用具のパフレット等（価格が記載されているもの）添付してください。「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。

<改正後>

様式第3号(第5条関係)

年 月 日

事業所住所

事業所名

松江市長 印

介護保険受領委任払支給決定通知書（償還払用）

先に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

事業者番号		事業者名称	
支払件数		件	支払金額 円
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

(お問合せ先)

審査請求及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話0852-22-5256）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があつた日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 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。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

＜改正後＞

受領委任払対象者明細

事業者番号：

事業者名称：

[illegible]

<改正前>

様式第3号（第3条関係）

松江市長

償還払い（受領委任）支給・不支給決定通知書

先に申請がありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号	氏 名	区 分	サービス提供年月	本人支払額	支払金額
			給付の種類		
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
合計		支給件数	件	支払金額合計	円

支払予定日：
振込先金融機関：
本支店名：
口座種目：
口座番号：
口座名義人：

・この通知書について不明な点がありましたら、すみやかに申し出下さい。

問い合わせ先

<改正後>

様式第4号(第6条関係)

年 月 分 福祉用具購入費明細書兼請求書
(受領委任用)

被保険者番号	被保険者氏名	品名	価 格	請 求 金 額
請 求 件 数	件			
請 求 金 額			円	内消費税額及び地方消費税額 円

(あて先) 松江市長

被保険者に福祉用具を納品したので、上記のとおり請求します。

年 月 日

事業者名

代表者氏名

所在地

電話番号

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行・農協 金庫・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						

様式第4号(第5条関係)

<改正前>

年 月 分 福祉用具購入費明細書兼請求書
(受領委任用)

被保険者番号	被保険者氏名	品 名	価 格 (A)	請 求 額
請 求 件 数	件			
請 求 金 額			円	内消費税額及び地方消費税額 円

(あて先) 松江市長

被保険者に福祉用具を納品したので、上記のとおり請求します。

年 月 日

事業者名

代表者氏名

所在地

電話番号

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行・農協 金庫・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						

附 則

この告示は、令和 8 年 1 月 5 日から施行する。