

島原地域広域市町村圏組合居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費受領委任払実施要綱

平成14年3月8日告示第3号

改正 平成15年5月22日告示第5号 平成18年3月20日告示第6号
平成27年12月22日告示第27号 平成28年3月29日告示第6号
令和4年6月1日告示第11号 令和5年3月16日告示第4号
令和6年3月25日告示第10号 令和7年4月18日告示第14号
令和7年6月12日告示第22号

（趣旨）

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条第1項に規定する居宅介護特定福祉用具購入費又は法第56号第1号に規定する介護予防特定福祉用具購入費（以下「居宅介護特定福祉用具購入費等」という。）の支払いの特例（以下「居宅介護福祉用具購入費等受領委任払」という。）について必要な事項を定めるものとする。

（居宅介護特定福祉用具購入費等受領委任払）

第2条 居宅介護特定福祉用具購入費等受領委任払とは、法第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者又は法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者（以下「居宅要介護被保険者等」という。）が、法第44条第1項に規定する特定福祉用具（以下「特定福祉用具」という。）を販売する事業を行う者でこの要綱に基づき本組合の登録を受けた者（以下「特定福祉用具事業者」という。）から特定福祉用具を購入した場合において、居宅介護福祉用具購入費等の受領の権限を、当該特定福祉用具事業者へ委任することをいう。

2 管理者は、居宅要介護被保険者等が、被保険者証に法第66条第1項に規定する支払方法変更の記載を受けている場合、法第68条第1項に規定する保険給付差止の記載を受けている場合又は法第69条第1項に規定する給付額減額等の記載を受けている場合については、居宅介護特定福祉用具購入費等受領委任払を行わないものとする。

（特定福祉用具事業者の登録）

第3条 特定福祉用具事業者の登録を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書（[様式第1号](#)。以下「事業者登録申請書」という。）を管理者に提出しなければならない。

2 前項の申請は、特定福祉用具を販売する事業を行う事業所ごとに行わなければならない。

3 管理者は、第1項の申請があった場合において、審査のうえ登録を決定したときは、申請者に対し、島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録決定通知書（[様式第2号](#)）により通知するものとする。

（特定福祉用具事業者の届出）

第4条 特定福祉用具事業者は、事業者登録申請書の記載事項に変更があったときは、島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者変更届出書（様式第3号）により速やかに管理者に届け出なければならない。

2 特定福祉用具事業者は、登録に係る特定福祉用具を販売する事業を廃止し、休止し、又は再開するときは、島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者廃止・休止・再開届出書（様式第4号）により速やかに管理者に届け出なければならない。

（特定福祉用具購入事業者の登録の取消し）

第5条 管理者は、次の各号のいずれかに該当するときは、当該特定福祉用具事業者に係る第3条第3項の規定による登録の決定を取り消すことができる。

(1) 居宅介護特定福祉用具事業費等の支給に関し、特定福祉用具事業者が偽りその他不正な手段により支払いを受けた又は受けようとしたとき。

(2) 登録内容に虚偽があったとき。

2 管理者は、前項の規定により登録を取り消すときは、島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録取消決定通知書（様式第5号）により、当該特定福祉用具事業者に通知するものとする。

（承認証の交付）

第6条 居宅介護特定福祉用具購入費等受領委任払を希望する居宅要介護被保険者等は、介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認申請書（様式第6号。以下「承認申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、管理者に提出しなければならない。

(1) 特定福祉用具購入理由書（様式第11号）

(2) 見積書

(3) パンフレットその他購入予定の福祉用具が確認できるもの

2 管理者は、前項の規定により承認申請書の提出があった場合において、その内容を適当と認めるときは、介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認証（様式第7号。以下「承認証」という。）を当該居宅要介護被保険者等に交付するものとする。

3 承認証の有効期間は承認証交付から60日とする。

4 第1項第1号に規定する特定福祉用具購入理由書は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するものとする。

（承認証の変更）

第7条 居宅要介護被保険者等は、承認証の交付を受けた後に、当該承認証の記載項目に変更があるときは、介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認変更申請書（様式第8号。以下「承認変更申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて管理者に提出しなければならない。

(1) 変更後の特定福祉用具購入理由書（様式第11号）

(2) 変更後の見積書

(3) パンフレットその他変更後の購入予定の特定福祉用具が確認できるもの

2 管理者は、前項の規定により承認変更申請書の提出があった場合において、その内容を適当と認めるときは、新たに承認証を当該居宅要介護被保険者等に交付するものとする。

3 居宅要介護被保険者等は、承認変更申請書を提出するときは、すでに交付されている承認証を管理者に返還しなければならない。

(支給の申請)

第8条 居宅介護特定福祉用具購入費等受領委任払に係る当該費用の支給を受けようとする居宅要介護被保険者等又は特定福祉用具事業者は、介護保険居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)(様式第9号)に次に掲げる書類を添えて、管理者に提出しなければならない。

(1) 承認証

(2) 委任状

(3) 領収書

(4) 内訳書

(居宅介護特定福祉用具購入費等の支給)

第9条 管理者は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、居宅介護特定福祉用具購入費等の支給を決定したときは、当該居宅介護被保険者等又は特定福祉用具事業者に対し、介護保険支給決定通知書(様式第10号)を通知するとともに、当該申請に係る居宅介護特定福祉用具購入費等を特定福祉用具事業者に支払うものとする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成14年4月1日から施行する。ただし、附則第2項の規定は、告示の日から施行する。

(準備行為等)

2 特定福祉用具購入費の受領委任払に係る取扱事業者の登録申請の受理その他必要な準備行為は、それぞれ要綱の施行日前においてすることができる。

附 則(平成15年5月22日告示第5号)

この要綱は、平成15年6月1日から施行する。

附 則(平成18年3月20日告示第6号)

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成27年12月22日告示第27号)

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行し、平成28年1月1日から適用する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現にこの要綱による改正前の島原地域広域市町村圏組合居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費受領委任払実施要綱に定める様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成28年3月29日告示第6号)

(施行期日)

1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式（以下「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下「新様式」という。）により提出されたものとみなす。

3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の調整をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和4年6月1日告示第10号）

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱施行の際、現にある改正前の様式（以下、「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下、「新様式」という。）により提出されたものとみなす。

3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和5年3月16日告示第4号）

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱施行の際、現にある改正前の様式（以下、「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下、「新様式」という。）により提出されたものとみなす。

3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる

附 則（令和6年3月25日告示第10号）

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱施行の際、現にある改正前の様式（以下、「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下、「新様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和7年4月18日告示第14号）

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和7年5月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱施行の際、現にある改正前の様式（以下、「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下、「新様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる

附 則(令和7年6月12日告示第22号)

この要綱は、令和7年7月1日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費
受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

申請者 所在地
事業所名
代表者氏名

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱業者として登録したいので、次のとおり申請します。

事業所所在地	(〒 -)										
フリガナ 事業所名称											
代表者 職・氏名											
電話番号						FAX番号					
営業日	日	月	火	水	木	金	土	その他の 年間休日			
営業時間	平日				土曜			日・祝日			
取り扱う 種目	腰掛便座					特殊尿器				入浴補助用具	
	簡易浴槽					移動用リフトのつり具					
事業所の登録番号											

長崎県に指定を受けた内容が確認できる書類（写）を添付する。

年 月 日

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費
受領委任払取扱事業者登録決定通知書

年 月 日付けで申請がありました島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録については、下記のとおり登録しましたので通知します。

なお、特定福祉用具購入費等の請求に関し不正があったとき、又は登録内容に虚偽があったときは、島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者としての登録を取り消すことがありますので申し添えます。

記

登録番号

事業所の名称

事業所の所在地

代表者職・氏名

登録年月日

※ 登録内容に変更があった場合、又は、特定福祉用具販売の事業を廃止もしくは休止するときは必ず届出をして下さい。

様式第3号（第4条関係）

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費
受領委任払取扱事業者変更届出書

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

届出者 所在地
氏名

先に提出した島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録申請書の記載事項について、次の事項を変更しましたので、届け出ます。

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録番号		
登録内容を変更した事業所		所在地
		名称
変更があった事項（該当項目番号に○）		変更の内容
1	事業所の所在地	(変更前)
2	事業所の名称	
3	代表者の職・氏名	
4	電話番号	
5	FAX番号	
6	営業日	(変更後)
7	その他の年間休日	
8	営業時間	
9	取り扱う種目	
10	その他	
変 更 年 月 日		年 月 日

様式第4号（第4条関係）

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費
受領委任払取扱事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

届出者 所在地
氏名

登録に係る特定福祉用具を販売する事業を（廃止・休止・再開）しましたので、届け出ます。

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費受領委任払取扱事業者登録番号					
廃止（休止・再開）する事業所	所在地				
	名称				
廃止・休止・再開の別 （該当するものに○）	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開				
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日				
廃止・休止した理由					
休止予定期間（休止の場合のみ）	年 月 日 ～ 年 月 日				

年 月 日

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

島原地域広域市町村圏組合介護保険特定福祉用具購入費
受領委任払取扱事業者登録取消決定通知書

年 月 日付けで登録されました下記の介護保険特定福祉用具購入費受領委任払
取扱事業者について、下記の理由のとおり取り消しを決定しましたので通知します。

記

登録番号
事業所の名称
事業所の所在地
代表者職・氏名
登録年月日
（取消理由）

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認証

			承認有効期間	年 月 日
委任者	被保険者氏名		被保険者番号	
	受付日	年 月 日	承認 不承認	
	承認年月日	年 月 日	不承認 の理由	
	給付の種類			
受任者	事業所名			
	代表者氏名			
	事業所所在地	〒		
給付額等	費用額合計 (円)	保険対象費用額 (円)	介護保険 利用者自己 負担額 (円)	保険給付費額 (円)

事業者記入欄	領収年月日	事業所名	担当者名
	年 月 日		

- ※ 本証を受領しましたら、必ず事業者へ提示し利用者負担額を事業者へ支払った後、事業者から「事業所記入欄」の記入を受け、支給申請の際に添付してください。
- ※ 本証交付後、内容に変更がある場合は、必ず「介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認変更申請」を行ってください。その際は本証を返還してください。
- ※ 本証交付後、支給申請を行わない場合は「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入支給申請取下書」の提出を行い、同時に本証を返還してください。本証の返還がない場合は、新たに介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認申請はできません。
- ※ 本証は、福祉用具購入の承認を行うもので、保険給付額の決定を行うものではありません。
- ※ 自己負担額については、領収日が基準となります。必ず「介護保険負担割合証」と本証を、事業者へ提示していただき支給申請を行ってください。

様式第8号（第7条関係）

介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認変更申請書

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

下記のとおり、特定福祉用具購入に関する変更が生じたので、特定福祉用具購入費受領委任払の承認について、関係書類を添えて変更申請します。

申請者	被保険者番号																	申請日	年	月	日
	被保険者氏名	フカガナ																			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日																
	被保険者住所	〒 - 電話番号 () -																			

商 品 名	変更理由及び内容

理由書作成者

※ 申請の際には、次のものを添付して下さい。

- ・変更後の見積書
- ・変更後のパンフレット等（コピー可）
- ・交付済みの介護保険特定福祉用具購入費受領委任払承認証

保険者確認欄（給付係）※保険者で記入します。

受付確認欄	送付先	介護度	負担割合	給付制限	生活保護	施設入院	P T O T	問合せ	理由書	システム
	有無	支介	1 2 3 ()	有無	有無	有無	有無	有無		

様式第9号（第8条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）									
フリガナ 被保険者 氏名					保険者番号				
					被保険者番号				
					個人番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日					入院・入所の方は、退所・退院日		年 月 日	
住所	〒 - 電話番号 () -								
特定福祉用具名					購入日	年 月 日			
	種 目	商 品 名			特定福祉用具 事業者名				
1									
2									
3									
4									
申請額					円				
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号 () -</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 続柄 ()</p>									
<p>注意 ・この申請書の裏面に、承認証、委任状及び領収証を添付してください。</p> <p>上記申請に基づく特定福祉用具購入費は別紙委任状により下記の口座に振り込んでください。</p>									
口座振込 依頼欄	銀 行 農 協 信用金庫		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 ()				
	ゆうちょ銀行 9900		記号	CD/再発行	番号(右詰め)				
口座名義人		フリガナ							
<p>※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。</p> <p>※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。</p>									
保険者確認欄（給付係）※保険者で記入します。									
受付確認欄	送付 先	介護 度	負担 割合	給付 制限	生活 保護	施設 入院			
	有 無	支 介	1 2 3 ()	有 無	有 無	有 無			

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険支給決定通知書

先に申請の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。

被保険者氏名			被保険者番号		
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
保険対象費用額	円		対象年月	年 月	
給付の種類					
支給		支給金額	円		
増減の理由					
支払方法					
窓口払			口座払		
お持ちいただくもの		振	金融機関		
			口座種別		
支払場所		込	口座番号		
支払期間		先	口座名義人		
			支払予定日		

問合せ

この通知書についての詳しいことは、市役所の介護保険担当係又は島原地域広域市町村圏組合介護保険課（電話 ）にお問い合わせください。

審査請求

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に長崎県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。

(1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。

(2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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の理由があるとき。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

特定福祉用具（購入・貸与）理由書

被保険者氏名		被保険者番号									
住 所	〒 ー		電話番号	()	ー				
身体状況等											
介 護 度		認 定 期 間		年	月	日	か	ら	年	月	日
入所・入院	無・有（退院予定日）										

	特定福祉用具の種目	特定福祉用具名	特定福祉用具が必要な理由
1			
2			
3			

打 合 確 認 日 (三者協議)	年 月 日(場所：)			作成日	年 月 日	
	被 保 険 者 (又は家族)					
	福祉用具専門相談員	所 属 事業所		氏 名		
	介護支援専門員	所 属 事業所		担 当		
	PT・OTの介入 (どちらかに○)		無 有			
所 属 事 業 所						
理由書作成者	介 護 支 援 専 門 員			氏 名		
連 絡 先	(TEL)			(FAX)		