

代理受領に係る登録事業者のみなさまへ

福祉用具購入費・住宅改修費における代理受領について

介護保険制度では、福祉用具を購入したときや住宅改修を行ったときは、利用者はかかった費用の全額をいったん事業者に支払い、その後、市に申請して保険給付分（9割～7割）の払い戻しを受ける「償還払い」が原則となっています。

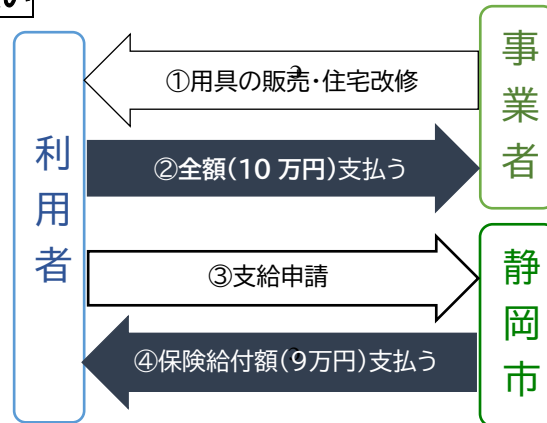
静岡市では、利用者の一時的な負担を軽減するため、令和3年12月から「代理受領」による支払いを開始しました。

1 代理受領とは

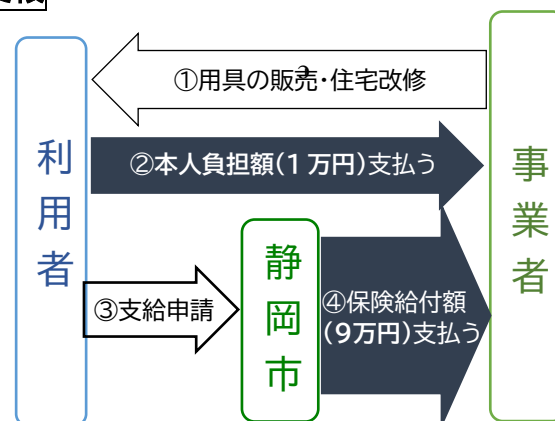
「代理受領」は、介護保険制度を利用して福祉用具を購入したり住宅改修を行った際に、利用者はかかった費用の1割～3割を事業者に支払い、残りの保険給付分（9割～7割）を利用者に代わって事業者が市から直接受領する方法です。

◆負担割合1割の人が10万円の福祉用具を購入または住宅改修を行った場合◆

償還払い



代理受領



2 代理受領の対象者

代理受領を利用できる利用者は次の人です。利用者に交付されている介護保険被保険者証(ピンク色)の確認が必要です。

☑ 要支援認定・要介護認定を受けている人

申請時に、要支援認定・要介護認定を受けていない人は利用できません。介護保険被保険者証により、認定を受けているかどうか確認してください。

☑ 介護保険料を滞納していない人

介護保険被保険者証に「支払方法の変更」と記載されている場合は利用できません。必ず介護保険被保険者証を確認してください。

3 利用者負担割合

代理受領により利用者に費用を請求する際は、利用者に交付されている介護保険負担割合証(薄緑色)で利用者負担割合を必ず確認してください。

Q 介護保険負担割合証とは、どのようなものですか。

A 要介護(要支援)認定を受けた方が介護保険のサービスを利用するときは、本人の前年の所得に応じて、サービス費用の1割～3割を負担します。

市は、利用者に対し、その負担割合を記載した「介護保険負担割合証」を交付しています。適用期間は8月1日から翌年の7月31日までで、毎年判定されます。

(表面)

(裏面)

介護保険負担割合証	
交付年月日	
番 号	
住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	性別
利用者負担の割合	適用期間
	開始年月日 終了年月日
	開始年月日 終了年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	221002 静岡

注意事項

- 一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受領しようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に表示してください。
- 二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスに要費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び予防支援サービスの利用者負担はありません)
- 三 被保険者の資格がなくなったときはこの証の適用期間の終了年月日までの届出をする際には、直ちに、この証を静岡市に返してください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、これを添えて、静岡市にその旨を届けください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分されます。
- 六 利用時支払額を三割(利用者負担の割合)欄に記載された割合がある場合は四割とする措置(給付額減額)を受けている場合は、証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。

自己負担割合(1割～3割)と、その適用期間が記載されます。

Q 一度決定した自己負担割合が変更されることはありますか。

A 年度の途中であっても、所得の更正や世帯内の 65 歳以上の方の増減により、自己負担割合が変更になることがあります。負担割合が変更されると、変更された割合に基づき、市から支給された額を更正する必要があることがあります。

4 利用者負担金額の計算方法

自己負担割合が1割の計算例

<住宅改修の場合>

☑ 1円未満の端数は利用者分が切上げです。

(例)住宅改修費 99,999 円の場合
利用者負担額 $99,999 \text{ 円} \times 1/10 = 9,999.9 \text{ 円} \div 10,000 \text{ 円}$
(市から事業者への給付額) $(99,999 \text{ 円} - 10,000 \text{ 円} = 89,999 \text{ 円})$

☑ 改修費用の上限額は 200,000 円です。

(例)既に工事費 175,000 円の住宅改修をしている利用者が、今回 60,000 円の住宅改修を新たに行った場合

上限額内の改修費 $200,000 \text{ 円} - 175,000 \text{ 円} = 25,000 \text{ 円}$
上限額を超える改修費 $60,000 \text{ 円} - 25,000 \text{ 円} = 35,000 \text{ 円} ※$
今回の利用者負担額 $25,000 \text{ 円} \times 1/10 + 35,000 \text{ 円} = 37,500$
(市から業者への今回の給付額) $(25,000 \text{ 円} - 25,000 \text{ 円} \times 1/10 = 22,500 \text{ 円})$

※改修費用が上限額を超えると、超えた費用は全額利用者の自己負担となります。

☆領収証の記載例

領収証	
〇年△月×日	収入 印紙
〇〇 〇〇様	
金額 ¥ 37,500—	
但し、代理受領による介護保険住宅改修工事の利用者負担額として (介護保険対象1割分 2,500円+介護保険対象外費用35,000円)	
上記金額正に領収いたしました。(所在地)	
(事業者)	印

※申請時に提出する工事費見積書にも利用者負担予定額がわかるように記載をお願いします。

<福祉用具購入の場合>

☑ 1円未満の端数は利用者分が切上げです。

(例)福祉用具購入費 9,999 円の場合
利用者負担額 9,999 円 × 1/10 = 999.9 円 ≒ 1,000 円
(市から業者への給付額) (9,999 円 - 1,000 円 = 8,999 円)

☑ 同時に複数の福祉用具を購入し、1枚の領収証に記載する場合は、商品ごとに本人負担分を計算します。

(例)福祉用具 3,333 円の商品Aと 5,555 円の商品Bを 1 つずつ購入
商品A 3,333 円 × 1/10 = 333.3 円 ≒ 334 円
商品B 5,555 円 × 1/10 = 555.5 円 ≒ 556 円
利用者負担額 334 円 + 556 円 = 890 円
(市から業者への給付額) (3,333 円 + 5,555 円 - 890 円 = 7,998 円)

☑ 購入費用の上限額は年間 100,000 円です。

(例)4月1日から翌年3月 31 日までの間に、80,000 円の福祉用具を購入して給付を受けた利用者が、同じ期間内に 30,000 円の別の福祉用具を新たに購入した場合

上限額内の購入費用 100,000 円 - 80,000 円 = 20,000 円
上限額を超える購入費用 30,000 円 - 20,000 円 = 10,000 円※
今回の利用者負担額 20,000 円 × 1/10 + 10,000 円 = 12,000 円
(市から業者への今回の給付額) (20,000 円 - 20,000 円 × 1/10 = 18,000 円)

※同一年度内に購入費用が上限額を超えると、超えた費用は全額利用者の自己負担となります。

☆領収証の記載例

領収証	
○年△月×日	
○○ ○○様	収入 印紙
金額 ¥ 12,000—	
但し、以下の介護保険特定福祉用具購入の代理受領による利用者負担額として	
ポータブルトイレ●●—● (購入価格 30,000円)	
介護保険対象1割分 2,000円、介護保険対象外費用10,000円	
上記金額正に領収いたしました。	(所在地)
	(事業者) 印

5 代理受領利用の際の注意事項

- ・申請後に支給方法を変更することはできません。
- ・上限額を超えた場合は、超えた分は全額自己負担となりますので、担当のケアマネジャーと連携し、利用履歴がないか確認してください。

6 振込先口座

代理受領に係る振込先について、別紙「口座振込依頼書」により登録をお願いします。

7 登録の変更・廃止等

代理受領事業者として登録した内容(事業所の住所、名称、振込先口座等)に、変更があった場合や、登録をとりやめたい場合には、変更あるいは廃止の届出が必要です。

また、次に該当する場合には、登録の取消しをすることがありますので、ご注意ください。

- (1) 被保険者が登録事業者に代理受領を申し出たにもかかわらず、理由なくこれを拒否したとき。
- (2) 虚偽その他の不正の手段により登録を受けたとき又は費用の請求を行ったとき。

<代理受領の事業者登録にかかる申請窓口>

静岡市役所介護保険課 給付・認定係 電話(054)221-1374 FAX(054)221-1298
〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号(静岡庁舎 14階)

口座振込依頼書

年 月 日

(宛先) 静岡市長

依頼者 住所
氏名

私が静岡市から受ける居宅介護福祉用具購入費等の代理受領に係る支払金を下記のとおり振込願います。

記

振込依頼年度	令和 年度
振込先金融機関名	銀行 店
預金種別 (いずれかに○印) 口座番号	普通 当座 その他 () 預金 No.
フリガナ	
口座名義	氏
備考	介護保険課扱い