

# 補装具費の代理受領に係る補装具製作事業者の登録申請手続き

令和6年4月  
浜松市障害保健福祉課

## はじめに

浜松市では、障がいのある方への補装具費の支給は「浜松市補装具費支給事務要綱」により実施しています。

事業の実施にあたり、補装具の購入時に助成対象となる障がい者等（以下「支給対象者」という。）が一時的にでも費用の全額を負担する必要がないよう、代理受領方式（支給対象者は補装具について事業者へ利用者負担額のみを支払い、残りの費用は支給対象者に代わって事業者が浜松市に対して請求・受領する方式）を採用しております。

本制度を利用して支給対象者に代わり、補装具費の請求及び受領を行うことができる事業所は、浜松市が登録を行っている事業所に限られます。したがって本制度の利用に際しては、あらかじめ「浜松市補装具費の代理受領に係る補装具事業者の登録等に関する要綱」（以下「要綱」という。）に基づく申請を行い、事業所の登録を受ける必要があります。

つきましては、登録を希望される事業者は要綱及び本手引きをお読みいただき、制度の趣旨及び代理受領の流れを十分にご理解いただいた上で、申請を行ってください。

## 1. 登録事業者の責務

浜松市では要綱において下記①～③を登録事業者の責務としています。それを踏まえた上で、支給対象者に不利益が及ばないように対応してください。

- ①身体障害者及び身体障害児の人格を尊重すること
- ②法令及び要綱を遵守すること
- ③補装具に係る厚生労働省通知を適宜確認し関係情報の収集・把握に努めること

## 2. 事業者の登録単位

事業者登録は『事業者ごと』の登録になります。

複数の事業所を登録する場合は、登録申請書（様式第1号）と事業所調査書（様式第2号）が事業所ごとに必要になります。

## 3. 登録にあたっての基準

事業所の登録にあたっては、申請書類を元に経歴や実績等を勘案し、安定的かつ継続的に販売、貸付け又は修理を行うことが可能であるか等を確認しています。

また、義肢及び装具、補聴器、コンタクトレンズ、人工内耳は下記のとおり登録基準が設定されています。

取扱種目	登録基準	申請に必要な書類
義肢及び装具	義肢装具士を配置している業者であること ※事業所内に義肢装具士を配置しており、採型と身体の適合の際に当該義肢装具士が立ち会うことができる場合は、必ずしもすべての事業所に義肢装具士を配置しなくてもよい。	・義肢装具取扱調書（第4号様式） ・義肢装具士の免許証の写し（全員分）
補聴器	医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「医薬品医療機器等法」という）に基づく届出等をしていること。	・販売業届出済証の写し
コンタクトレンズ	「医薬品医療機器等法」に基づく許可を受けていること。	・販売業許可証の写し
人工内耳 (修理のみ)		・修理業許可証の写し

### ①登録の流れ

下記必要書類を提出いただいた後、本市が書類の審査を行ない、登録を決定した場合は登録通知書を送ります。

#### <提出書類>

補装具の取扱種目に応じて提出書類が変わります。下記表をご確認の上、書類の提出をお願いします。

種目	①義肢、装具、姿勢保持装置	②補聴器	③コンタクトレンズ 人工内耳（修理）	④車椅子、 電動車椅子	①～④以外
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・浜松市補装具事業者登録申請書（様式第1号）</li> <li>・浜松市補装具事業所調書（様式第2号）</li> <li>・事業者経歴概要（様式第3号）</li> <li>・印鑑届（様式第8号）</li> <li>・浜松市補装具費代理受領登録事業者誓約書（様式第9号）</li> <li>・定款の写し。ない場合は、事業者が行っている業の内容を証明する書類の写し。（登記事項証明書、等）</li> </ul>				
提出書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・義肢・装具・姿勢保持装置取扱調書（第4号様式）</li> <li>・義肢装具士免許証の写し（全員分）</li> <li>※姿勢保持装置の取扱のみの場合は必要無し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・補聴器取扱調書（様式第7号）</li> <li>・「医薬品医療機器等法」に基づく販売業届出済証の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コンタクトレンズ：「医薬品医療機器等法」に基づく販売業許可証の写し</li> <li>・人工内耳（修理）：「医薬品医療機器等法」に基づく修理業許可証の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子取扱調書（様式第5号）</li> <li>・電動車椅子取扱調書（様式第6号）</li> </ul>	

### ②登録の有効期間

有効期間は1年間です。

この有効期間満了1か月前までに市長若しくは登録事業者から何らかの意思表示が行われない場合は、有効期間を1年間更新したものとみなします。

### ③登録内容の変更

登録事項に変更が生じた場合は、すみやかに障害保健福祉課まで届け出をしてください。  
(要綱第4条)

届け出が適切に行われていない場合、補装具費の支払に時間を要する場合があります。

取扱種目の変更 (追加・削除)	新たに取扱種目を追加する場合は、別途その種目について登録を行う必要があります。 ※提出書類については、手引き3ページ<提出書類>参照
住所、会社名、 代表者名等の 変更	下記①～⑤については「補装具事業者登録変更届出書(様式第13号)」を浜松市障害保健福祉課へご提出ください。 ①事業所の住所 ②事業所の名称 ③代表者の変更 ④使用印鑑 ⑤振込口座
登録の取消し	登録の取消しを希望される場合は、必ず「補装具業者廃止届出書(様式第14条)」をご提出ください。

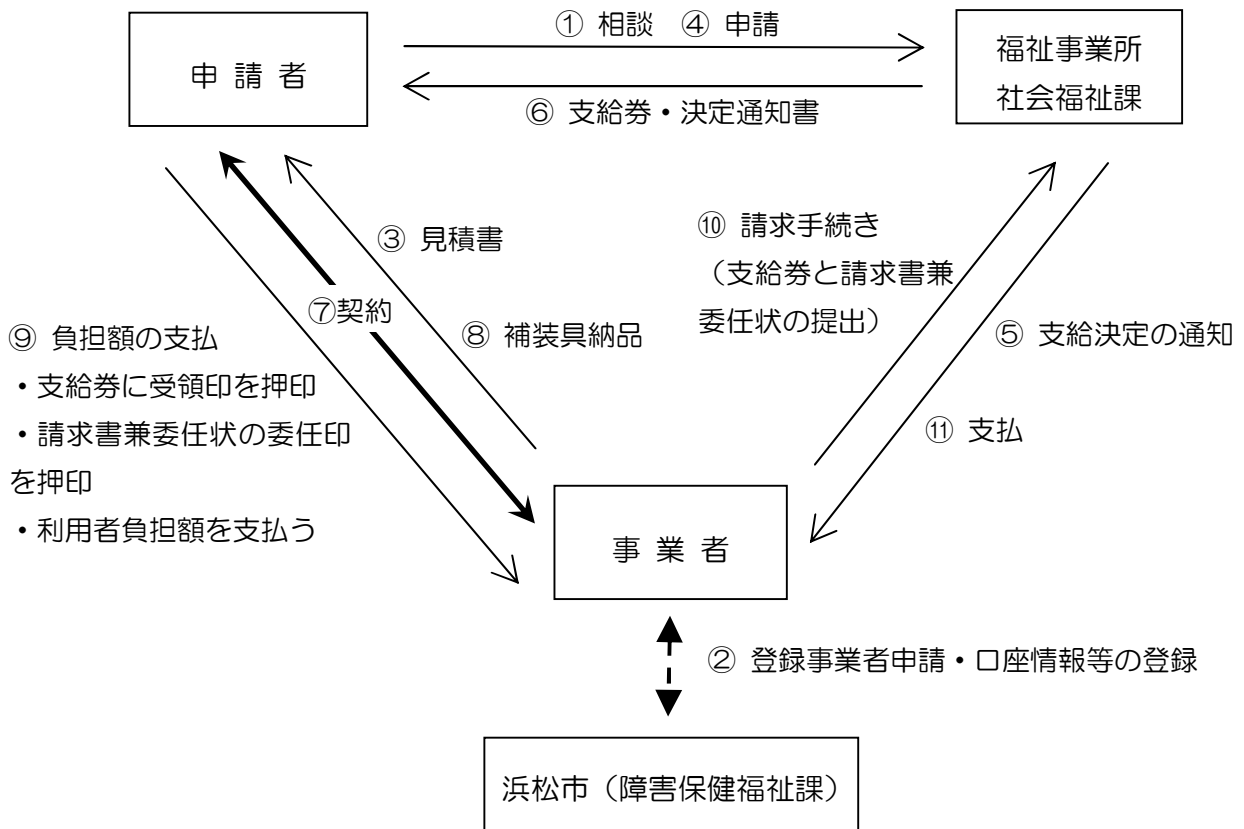
### ※補装具事業所調書(様式第2号)『補装具販売等の取扱い』欄の記載について

貴事業所での補装具販売の取扱いについてわかりやすく記載してください。

#### <記載例>

補装具の販売等の 取扱い	補装具の使用上の助言 及び納品方法	納品時には必ず補装具使用上の説明をしている。適宜パンフレット等も使い、わかりやすい説明を心掛けている。納品は補装具の支給決定後、すみやかに対応している。
	利用者負担金の 徴収方法	納品時に必ず利用者負担金を徴収。未納のトラブルを防ぐため、納品時に徴収ができない場合は、納品を見合わせるようにしている。
	補装具の販売等の報告 及び記録の保管方法	補装具を納品後、すみやかに市へ補装具費の請求をすると共に代理受領に係る帳簿及び関係書類は5年間保管している。
	使用状況の確認及び 故障時等の対応方法	納品後も使用に関する相談に対応すると共に、代理受領要綱14条に基づき、納品後9か月以内に生じた破損又は不適合については事業所の負担で改善している。
	苦情処理の方法	販売又は修理の契約を結ぶ際に、苦情処理窓口について説明。契約書にも苦情処理についての項目を設けている。苦情については記録に残し事業所内で共有することで再発防止に努めている。

#### 4. 補装具費支給事業の流れ



##### ※見積書（③）にあたっての注意事項

- ・見積書の宛名は「支給対象者」としてください。（児童の場合はその保護者）
- ・支給対象者及び福祉事業所社会福祉課より見積書の修正依頼があった際は、すみやかに対応してください。見積書の修正に時間を要することで支給決定が遅くなり、支給対象者に不利益が生じてしまいます。

##### ※契約（⑦）にあたっての注意事項

- ・本市から支給決定者に対して補装具費の支給決定を行った後、支給決定者と事業所の間で補装具の購入、借受け又は修理に関して、直接契約を結んでください。なお、個々の契約内容については協議の上、支給対象者等に不利益を生じさせることのないようご注意ください。また、契約に当たっては、必ずしも契約書の交付を義務付けるものではありませんが、トラブルを未然に防ぐためにも、なるべく書面を交付し、契約を締結してください。

##### <書面に明記することが望ましい事項>

- ・本社の所在地、代表者の氏名及び連絡先
- ・登録事業所名、所在地、連絡先、担当者名
- ・購入、借受け又は修理を請負う補装具名
- ・購入、借受け又は修理に要する費用の額、支払方法
- ・納品（予定）日、納品方法
- ・契約後に製作、貸与又は修理を取りやめた場合の費用の負担について
- ・納品後に生じた補装具の破損又は不適合に関する取扱いについて

### ※補装具の納品等（⑧～⑩）にあたっての注意事項

補装具の引渡しの際には、必ず支給対象者から利用者負担額の支払いを受け、領収書を発行するとともに、補装具費支給券の引渡しを受けてください。（要綱第10条）

業者側が利用者自己負担金の支払いを受けないまま補装具を納品し、その後支給対象者から長期間自己負担金の支払いを受けられず、事業者側が市へ請求できないというトラブルがおきています。

利用者負担額が0円の場合は、領収書発行の必要はありません。

### ※補装具引き渡し後の改善について

補装具の引渡し後9か月以内に生じた破損又は不適合は、事業者の負担において改善してください。（要綱第14条）

また、一度修理した部位について、修理後3か月以内に再度生じた破損または不適合（厚生労働省告示第528号の別表で規定する修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は修理のうち軽微なもの）についても事業者の責任において改善してください。

ただし、下記①～④は除きます。

- ①災害等による毀損
- ②支給対象者本人の過失による破損
- ③生理的又は病理的变化により生じた不適合
- ④目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合

## 5. 支払いについて

市への請求にあたっては、記入や印漏れがないかをご確認いただき、納品後すみやかに支給決定を行った福祉事業所社会福祉課へ下記書類を提出してください。

請求の期限は、地方自治法第236条第1項の規定により、納品日から5年以内です。

<提出書類>

①補装具費支給券

②代理受領に係る補装具費支払い請求書兼委任状

※注意事項（7～8ページ）をご確認の上、記載をお願いします。

## 6. 登録、変更等の申請書類について

・市のホームページにおいて登録の手引き、登録申請書類等を公開しています。

ホーム⇒「健康・福祉・子育て」⇒「福祉」

⇒「障がいのある方へ」⇒「補装具や日常生活用具について」

・国の指針等の最新情報もちらのページで周知していきますので、登録事業者として常に新しい情報を収集・把握することに努めてください。

## 7. 問い合わせ先

※個別ケースは各福祉事業所社会福祉課、制度や事業所登録に関しては障害保健福祉課へお願いします。

名 称	電話番号	住 所
中央福祉事業所 社会福祉課	053-457-2057	〒430-8652 浜松市中央区元城町 103 番地の 2
（東）社会福祉担当	053-424-0176	〒435-8686 浜松市中央区流通元町 20 番 3 号
（西）社会福祉担当	053-597-1159	〒431-0193 浜松市中央区雄踏一丁目 31 番 1 号
（南）社会福祉担当	053-425-1485	〒430-0897 浜松市中央区江之島町 600 番地の 1
浜名福祉事業所 社会福祉課	053-585-1697	〒434-8550 浜松市浜名区貴布祢 3000 番地
（北）社会福祉担当	053-523-2898	〒431-1395 浜松市浜名区細江町気賀 305 番地
天竜福祉事業所 社会福祉課	053-922-0024	〒431-3392 浜松市天竜区二俣町二俣 481 番地
浜松市役所 障害保健福祉課	053-457-2863	〒430-8652 浜松市中央区元城町 103 番地の 2



## 提出書類記載時の注意事項

### ○補装具費支給券への記入について

#### 補装具費支給券

1	支給番号		2		支給年月日		
3	購入・借受け ・修理の別		購入 ・ 借受け ・ 修理				
4	借受け期間 (借受けの場合)						
5	氏名			6	生年月日		
7	住所						
8	保護者氏名				9	続柄	
10	補装具名称			11	完成用 部品名称		
12	修理部位						
13	処方						
補装具業者	14	名称		<p>・支給対象者には『23.受領』『24.受領者氏名』『25.本人との関係』欄の記入をしてもらってください。</p> <p>・利用者負担額の支払いを受けた場合は、『26.利用者負担額を受領しました』欄に受領年月日と事業者名の記入をお願いします。</p> <p>&lt;注意&gt; 納品の際には、必ず補装具費支給対象者から利用者負担額を受領してください。 先に納品だけをして、その後支給対象者から利用者負担額の支払いが受けられず、業者が市に請求できないというトラブルがおきています。</p>			
	15	所在地					
16	見積額		17				
19	月額負担上限額						
20	上記のとおり決定する。 年 月 日						
21	判定 適合判定	判定 年月日	年 月 日	22	判定員 職氏名		
23	受領 受領	受領 年月日	年 月 日	24	受領者 氏名	25	本人と の関係
26	利用者負担額を受領しました 年 月 日			補装具業者			

問合せ先	〇区社会福祉課
浜松市役所	郵便番号 ○〇〇-〇〇〇〇
	住所 浜松市〇区〇〇
	電話番号 ○〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号 ○〇〇-〇〇〇〇

請求書類提出先は支給決定を行った各福祉事業所社会福祉課です。

こちらに記載されている社会福祉課へ納品後すみやかにご提出をお願いします。

○代理受領に係る補装具費支払い請求書兼委任状記入について

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

(あて先) 浜松市長

支給決定通知書の日付・文書番号の記入をお願いします。

年 月 日

請求日は空欄でお願いします。

年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた補装具の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払ったので、補装具費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

補装具名称	補装具基準額	利用者負担額	公費負担額	備考
	円	円	円	支給券の番号、支給対象者の氏名の記入をお願いします。
	円	円	円	
合計	円	円	円	
			補装具費請求額	円

18歳以上は本人氏名、18歳未満の場合は、支給券に記載された保護者氏名を記入していただきます。

請求者兼委任者 住所

(障害者又は障害児の保護者) 氏名

支給対象者に住所・氏名の記入の上、印鑑を捺印していただきます。

上記の受領権限を受任しました。なお、支払については、下記の登録口座に振り込んでください。

住所

受任者 名称

(事業者) 代表者氏名

必ず登録時に届出している印鑑を押印してください。

振込先金融機関		預金種別及び口座番号	
銀行	本店	普通預金	
信用金庫	支店・営業部	当座預金	
農協	出張所		
(フリガナ)			
口座名義人		必ず登録時に届出している口座をご記入ください。	