

補装具費代理受領請求について

R6.6

(1) 必要書類について

請求に必要な書類は下記のとおりです。

- | | | |
|---|---|--------------|
| <p>① 補装具費請求明細書
(a) 代理受領に係る補装具費支払請求書（兼請求及び受領に対する委任状）
(b) 補装具費支給券</p> <p>② 請求書（福岡市様式）</p> | } | 左記書類を添付して袋綴じ |
|---|---|--------------|

□ (a) 及び (b) につきましては、申請者の方へ決定通知書とともにお送りしますので、申請者の方から補装具と引き替えに受け取ってください。

（なお、(a) については申請者の方が紛失した時のために、様式をお送りしておきますので、必要に応じてご活用ください。（b) については再発行できません。）

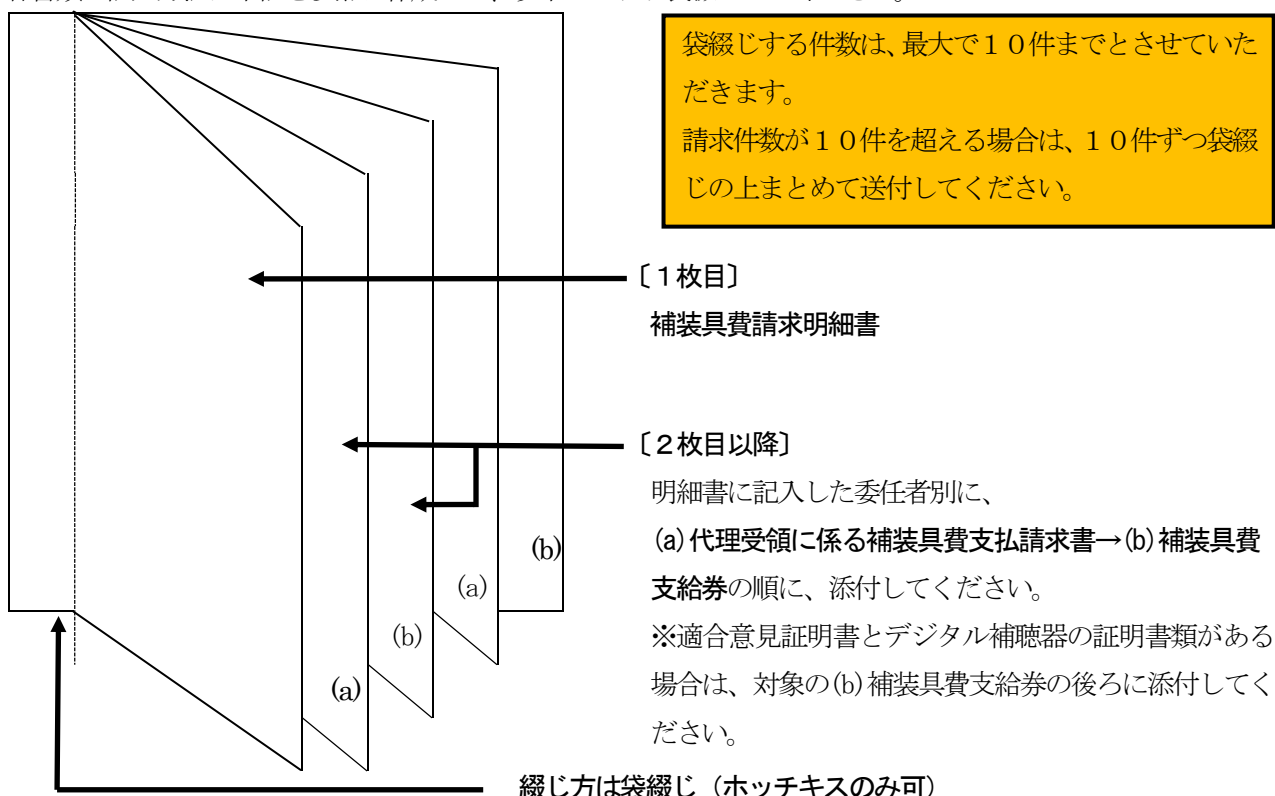
□ 請求関係様式につきましては、今回お送りした様式をコピーして活用してください。

※ 上記様式につきましては、福岡市ホームページにてダウンロードできますので、必要に応じてご活用ください。

(2) 各書類における注意事項

①補装具費請求明細書の作成について

各書類の記入方法は下記を参照に作成の上、以下のとおり袋綴じしてください。



補装具費請求明細書の記入例・注意事項

下記のとおり必要事項をご記入ください。

補装具費請求明細書

※どちらかに○をお願いします。

(身体障がい者 ・ 身体障がい児) 分

(明細)

番号	支給番号 (支給券)	氏名 (交付対象者)	補装具基準額 (1)	利用者負担額 (2)	公費負担額 (1-2)	補装具の名称	備考 (購入・修理の別等)
1	第〇〇〇〇号	福岡 一郎	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇,〇〇〇円	●●●,●●●円	△△	
2	第〇〇〇〇号	福岡 花子	〇〇,〇〇〇円	〇円	〇〇,〇〇〇円	▲▲	

10 第 号	円	円	円		
合計	〇〇〇円	△△△円	〇〇〇円		

(請求者)

所在地 (住所) 福岡市〇〇区〇〇△丁目△-△

福岡〇△製作所

名称 (氏名) 代表取締役 博多 一郎

電話 (092-〇〇〇-△△△△)

※会社の住所、会社名、代表者職氏名を記載してください。登録した住所等と必ず同じにしてください。

(a) 代理受領に係る補装具費支払請求書（兼請求及び受領に対する委任状）の記入例・注意事項

下記のとおり、申請者の記載内容を確認するとともに、必要事項をご記入ください。

様式第5号

代理受領に係る補装具費支払請求書（兼請求及び受領に対する委任状）

（あて先）福岡市長

※請求額は、用具基準額 - 利用者負担額 = 公費負担額です。

支払請求額							円
			¥	9	0	0	0

事業者
記載

※委任日が用具の受領日以降の日付になっているかどうか確認願います。

（あて先）で支給決定を受けた補装具費の支払を
（あて先）に委任します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

請求者
（委任者）

住所 **福岡市〇〇区〇〇△丁目△-△**
氏名 **福岡 太郎**

申請者
記載

※申請者（障がい者本人又は障がい児の保護者）に必ず、記載してもらってください。

上記の請求及び受領の権限を受任しました。なお、支払については、既に届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込んでください。

※日付は未記入で提出してください。

令和 年 月 日

事業者
（受任者）

住所 **福岡市〇〇区〇〇△丁目△-△**
名称 **福岡〇△製作所**
代表者氏名 **代表取締役 博多 一郎**

事業者
記載

※会社の住所、会社名、代表者職氏名を記載してください。登録した住所等と必ず同じにしてください。

(b) 補装具費支給券の記入に関する注意事項

- 請求可能な補装具費の額は、用具基準額 - 利用者負担額 = 公費負担額 です。
利用者負担額の記載がある場合は、本人（もしくは保護者）からその額を徴収の上、徴収分の領収書を発行してください。
- 「受領年月日」、「受領者氏名」の欄は、補装具引き渡しの後、本人（もしくは保護者）に記入・押印してもらってください。
- 適合判定が必要な用具は、必ず適合判定を受けた上で、判定員に「判定年月日」「判定員氏名、印」の欄に記入・押印してもらってください。

②請求書（福岡市様式）の作成について

下記及びこれまでの記入例をふまえ、必要事項をご記入ください。

- 金額は①補装具費請求明細書の合計金額と必ず同額にしてください。
- 件名は、『 **身体障がい者（または身体障がい児）補装具費（代理受領分）** として 』と記載してください。
- 振込口座の記載は不要です。
- ②請求書（福岡市様式）は、①補装具費請求明細書の書類とは袋綴じにせずにご提出ください。

※ 記載のないものなど、不備がないようにしてください。

※ 記載にあたっては、摩擦熱によって筆跡が無色となる「消えるペン」等を使用しないでください。

※ 請求は、必ず補装具支給券に記載された「有効期限」の欄の期間内に行うようにしてください。

(3) 請求先について

請求先は福祉局障がい者部障がい者支援課です。

(4) 代理受領ではないケース（償還払のケース）について

申請者（障がい者本人又は障がい児の保護者）が、補装具の購入（修理）に要する額の全部を支払い、自身で各福祉事務所へ請求する方法を選択した場合、必ず**全額の領収書を発行するとともに、補装具費支給券は内容を確認するのみで申請者本人から引渡しを受けない**でください。

問い合わせ・請求書送付先
福岡市福祉局障がい者部障がい者支援課
〒810-8620
福岡市中央区天神1丁目8番1号
電話：092-711-4985（直通）
FAX：092-711-4818