

補装具費の支給に係る注意事項（補装具業者向け）

1. 補装具費の代理受領に関する契約について

西東京市では、補装具費の支給にあたり、「代理受領方式（※）」を採用しています。そのため、本制度の利用（支払い）にあたり、市と補装具業者とで個別に代理受領に関する契約を取り交わす必要があります。初めて本制度を利用される場合は、必ず事前に担当までご連絡ください。

なお、代表者や所在地等が変更になった場合には、契約変更の手続きが必要となりますので、その場合も必ず担当までご連絡ください。

※代理受領方式では、利用者は補装具業者へ市から交付された支給券を渡すとともに、利用者負担額のみ支払います。補装具事業者は、利用者負担額を差し引いた金額を市に請求し、市から補装具業者に当該金額を支払います。

2. 見積書の作成について

西東京市の補装具費の支給に係る見積書を作成される際は、以下の点にご留意の上、作成をお願いいたします。なお、下記の内容は見積書の作成に係る基本的な事項です。下記に該当しない場合やご不明な点がございましたら、担当までご連絡ください。

- ① 宛先は「西東京市長」宛としてください。
- ② どなたの補装具の見積りかが分かるように、対象者の氏名・住所を記載してください（記載する箇所はどこでも構いません）。
- ③ 代表者印を押印してください。
- ④ 原本をご提出ください。
- ⑤ 見積書の内訳（品名等）の記載については、商品名や型番のみの記載ではなく、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第528号。以下「基準表」という。）」の別表に記載の名称、種類、型式等及び「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品の指定について（国通知。以下「完成部品基準表」という。）」に記載の名称、型式、使用部品ごとに記載してください。なお、基準内にはない特例補装具が含まれる場合は、特例補装具であることが分かるように記載してください。

内訳	数量	単価	金額
車椅子 CHD-24GRW	1	300,000	300,000

内訳	数量	単価	金額
車椅子 本体価格 介助用 オーダーメイド式	1	106,250	106,250
機構加算 ティルト・リクライニング式	1	88,200	88,200
構造部品加算 幅止め	3	6,000	18,000
構造部品加算 フットプレート加算	1	17,300	17,300
付属品 転倒防止装置 キャスタ付き	2	6,400	12,800

- ⑥ ⑤に加えて、東京都心身障害者福祉センターの判定結果に伴う処方箋及び医師の意見書に伴う処方箋が出されている場合は、処方箋の内容の通りに見積書を作成してください。処方箋に記載がない部品等については、原則として追加できません。また、処方箋に記載がある部品等で、その後の申請者等との調整で不要になったものがある場合は、下記担当にご連絡の上、見積書をご提出ください。
- ⑦ 指定の様式はありませんので、任意の様式で作成していただいて構いません。
- ⑧ 支給に係る基準額については、基準表及び完成部品基準表において、部品等ごとに定められています。各部品等の見積額が基準額を上回った場合、上回った分については全額対象者の自己負担となりますので、必要に応じて対象者（申請者）とご調整ください。
- ⑨ 不備があった場合、基本的に市から見積作成業者に直接ご連絡いたします。必要な書類が揃わないとその後の手続きを行うことができませんので、ご注意ください。

3. 支給決定及び請求までの流れについて

- ① 申請に必要な書類が全て揃い次第、申請内容及び要件等の審査を行い、審査開始から概ね2～3週間程度で支給（不支給）決定を行います。ただし、申請書類の不備等があり、確認や訂正等の対応が必要な場合は、その分決定まで期間を要します。また、補装具の種類や使用する部品等によっては、東京都心身障害者福祉センターの判定を受ける必要があります。その場合は、判定の結果が出てから審査を行います（判定にかかる期間については、判定の種類及び対象者がいつ判定を受けられるかにより異なります。）。
- ② 支給が決定した場合、対象者に「補装具費支給券」を送付します。また、補装具業者（見積書の提出のあった業者）に「補装具費の支給について（通知）」をお送りします。
- ③ 対象となる補装具の納品時に、対象者から補装具費支給券及び自己負担額がある場合は自己負担額を受け取ってください。なお、補装具費支給券には、受領年月日、受領者氏名、本人との関係、代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状の委任者欄の記入・押印が必要となりますので、必ず記入・押印されているものを受け取ってください（記入・押印漏れがある場合は、補装具費の支払いができません。）。
- ④ ③で受け取った補装具費支給券の代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状の受任者欄に記入・押印の上、当該支給券に係る請求書と一緒に下記提出先にご提出ください。なお、支払い日については、原則として毎月第2・4木曜日を請求の締日とし、締日まで（締日が休日の場合は直前の開庁日まで）に市に不備なく必要書類が届いている請求について、原則として当該締日から2週間程度を目途に支払います。

4. 請求書の作成について

西東京市の補装具費の支給に係る請求書を作成される際は、以下の点にご留意の上、作成をお願いいたします。

- ① 宛先は「西東京市長」宛としてください。
- ② どなたの補装具の請求書かが分かるように、対象者の氏名・住所を記載してください（記載する箇所はどこでも構いません。）。
- ③ 代表者印を押印してください（社印のみでは不可です。）。

5. 修理不可理由書について

過去に補装具費の支給を受けて作成した補装具については、耐用年数の経過の如何にかかわらず、修理が可能な場合は修理をして使用していただくことが原則となります。その上で、修理が出来ない又は修理することが適切ではなく、再作成が必要な場合については、別途「修理不可理由書」を作成していただく必要があります。修理不可理由書については、原則として市指定の様式を使用してください（市ホームページからダウンロード可能です。）。ただし、市指定の様式の必要事項が網羅されていれば、任意の様式でも構いません。

6. 書類の提出について

申請に必要な書類（見積書、写真、カタログのコピー等）については、対象者（申請者）から市にご提出いただくことが原則となりますが、必要に応じて補装具業者から市に直接ご提出いただいても構いません。ただし、その場合は内容や提出状況等について、必ず対象者（申請者）と調整・共有していただきますようお願いいたします。

■担当連絡先・提出先

〒188-8666 東京都西東京市南町五丁目6番13号

西東京市役所健康福祉部障害福祉課障害者支援係補装具担当

電話：042-420-2804（直通） FAX：042-466-9666