

介護保険

福祉用具購入費 支給申請の手引き

杵藤地区広域市町村圏組合

介護保険事務所

令和4年5月版

1. 福祉用具購入費支給制度について

介護を必要とする人が、住み慣れた自宅で安全に生活できるように、入浴や排泄に用いる福祉用具のうち、一定の基準を満たすものを都道府県知事の指定を受けた事業所から購入した場合、介護保険の給付を受けることができます。

<p>対象者</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 要介護認定（支援・介護）を受けており、認定の有効期間内である方。 ※要介護認定申請中の方は、認定結果がおりてから支給されます。（認定結果が「非該当」の場合は、支給されません。） • 在宅で生活をされている方。 ※入院・入所中で退院・退所予定のある方は対象になります。 退院・退所後に申請を行ってください。（ただし、退院・退所できなかった場合は支給されません。） 病院・施設からの一時帰宅の場合は対象になりません。
<p>対象種目 （※1）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 腰掛便座 ② 自動排泄処理装置の交換可能部品 ③ 入浴補助用具 ④ 簡易浴槽 ⑤ 移動用リフトのつり具の部分 ⑥ 排泄予測支援機器
<p>支給限度額</p>	<p>要支援・要介護度に関係なく、毎年4月～翌年3月までの1年間に、1人当たり10万円までとなっています。（1回で使用せず、数回に分けて利用することも可能です。）</p> <p>※領収日時点の利用者負担割合に応じて、購入費用の9割、8割又は7割が福祉用具購入費として支給され、1割、2割又は3割が自己負担となります。</p> <p>※10万円を超えた場合は、超えた額も全額自己負担となります。</p>

福祉用具を購入するときは、次の点にご注意ください。

- 原則として、用途が同じものや機能が同一の福祉用具を購入する場合は、福祉用具購入費の支給はできません。ただし、次の場合など特別な事情がある場合は、再度支給されることがありますので、保険者へご相談ください。
 - 福祉用具が破損した場合
 - 購入された方の介護の必要な状態が著しく悪化したことにより、その用具では用をなさなくなった場合
- 特定福祉用具販売の指定を受けた介護保険サービス事業者から福祉用具を購入していない場合には、支給対象となりません。

※1 対象種目

	種目	機能又は構造等
①	腰掛便座	<p>1.和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの。(腰掛式に変換する場合に高さを補うものを含む。)</p> <p>2.洋式便器の上に置いて高さを補うもの。</p> <p>3.電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの。</p> <p>4.便座、バケツ等からなり、移動可能である便器(水洗機能を有する便器を含み、居室において利用可能であるものに限る。)ただし、<u>設置に要する費用については保険給付対象とならない。</u></p>
②	自動排泄処理装置の交換可能部品	<p>自動排泄処理装置の交換可能部品(レシーバー、チューブ、タンク等)のうち尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるもの。(専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シーツ等の関連製品は除く。)</p>
③	入浴補助用具	<p>1.入浴用いす 座面の高さが概ね35センチメートル以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る。</p> <p>2.浴槽用手すり 浴槽の縁を挟み込んで固定することができるものに限る。</p> <p>3.浴槽内いす 浴槽内に置いて利用することができるものに限る。</p> <p>4.入浴台 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるものに限る。</p> <p>5.浴室内すのこ 浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る。</p> <p>6.浴槽内すのこ 浴槽内に置いて浴槽の底面の高さを補うものに限る。</p> <p>7.入浴用介助ベルト 居宅要介護者等の身体に直接巻き付けて使用するものであって、浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る。</p>

④	簡易浴槽	空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるもの（硬質の材料であっても使用しないときに立て掛けること等により収納できるものを含み、居室において必要があれば入浴可能なもの）であって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。
⑤	移動用リフトのつり具の部分	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること。
⑥	排泄予測支援機器	膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に通知するもの。

2. 福祉用具購入手続きの流れ

(1) 支給申請の種類

- ・償還払い ⇒ 利用者が費用の全額を支払った後に、自己負担分を除いた金額を介護保険から利用者に支給します。
- ・受領委任払い ⇒ 利用者は自己負担分のみを支払い、保険給付分は、利用者から委任を受けた事業所へ直接支給します。

●受領委任払いの利用者負担分について

- ・1円未満の端数は、切り上げます。**福祉用具を2つ以上購入した場合は、端数の計算は1つずつ行ってください。**

(例) 福祉用具の費用が10,001円の場合

$$\text{利用者負担分} = 10,001 \text{ 円} \times \frac{1}{10} = 1,000.1 \text{ 円} \rightarrow \underline{1,001 \text{ 円}}$$

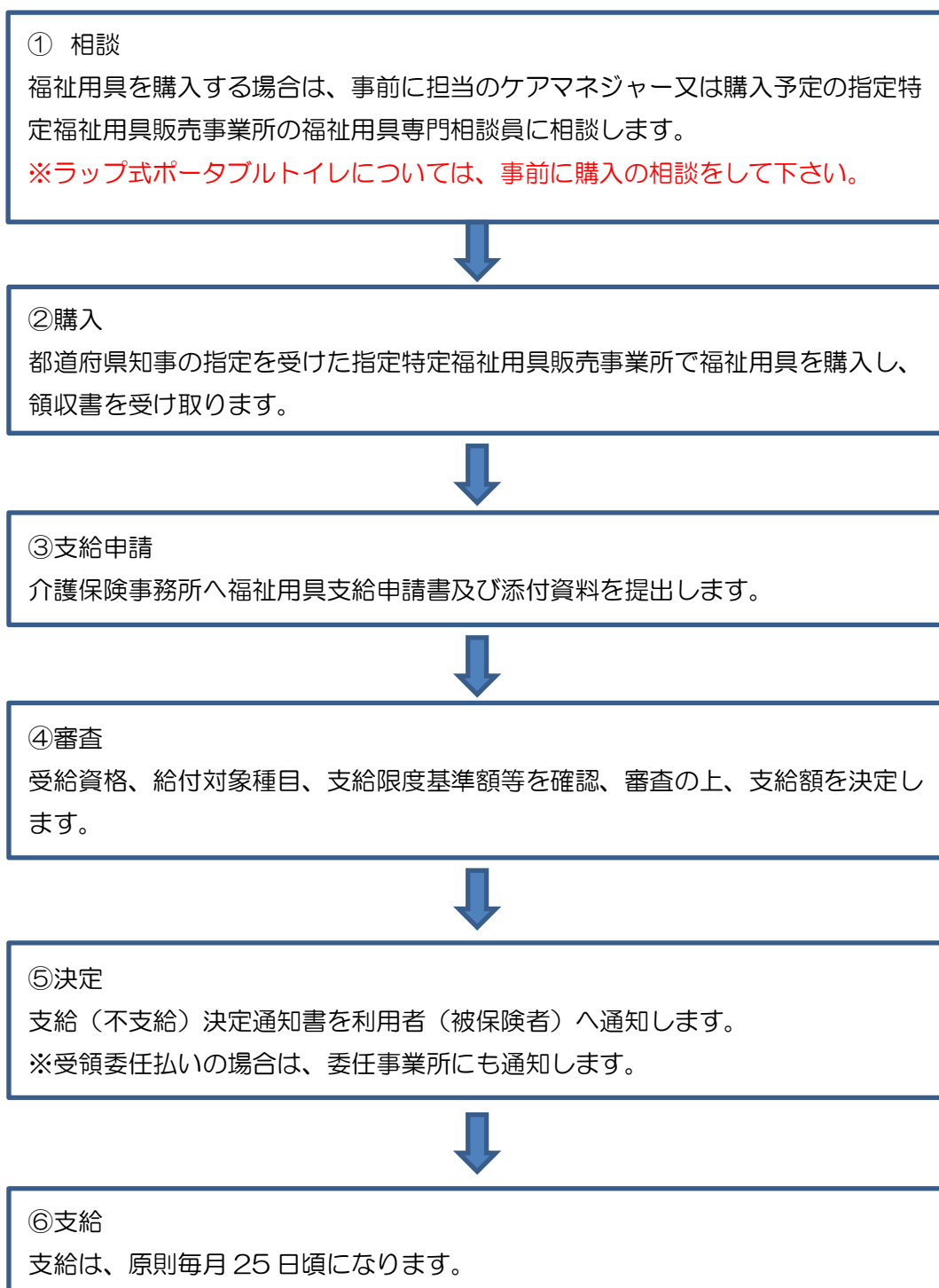
(2割の場合は2/10)

(3割の場合は3/10)

(1円未満切り上げ)

- ・利用者が当該年度（4月～翌年3月の間）に購入した額が支給限度基準額を上回る場合、領収金額は、支給限度額内の利用者負担分と支給限度基準額を超える金額の合計額となります。

(2) 支給申請の流れ



(3) 支給申請

福祉用具購入後、次の書類を提出して下さい。

【償還払い】

①介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【償還払用】

- ・被保険者氏名、保険者番号、被保険者番号、生年月日、住所の各欄は、介護保険被保険証の内容を記載して下さい。
- ・個人番号欄には個人番号カード又個人番号通知カードに記載されている個人番号を記載して下さい。
- ・福祉用具名種目名の欄には、前述の特定福祉用具等の種類の①～⑥までの種類名を、商品名の欄には製造業者の商品名を記載して下さい。
- ・製造業者名の欄には、製造業者名を記載して下さい。
- ・事業所番号及び指定販売事業者名の欄には、都道府県知事指定の事業所番号及び指定販売事業者名をご記入下さい。
- ・購入金額の欄には、領収書記載の金額を記載して下さい。
- ・購入日の欄には、領収書記載の領収日を記載して下さい。
- ・申請者は被保険者となります。
※被保険者が死亡した場合は、相続人が申請者となります。
- ・口座振込依頼欄には、申請者名義の振込口座を記載して下さい。
※口座名義人が申請者以外の場合は、委任状（裏面）の記載が必要です。
- ・福祉用具が必要な理由を具体的に記載して下さい。また、理由書を記載された方の事業所名及び氏名、連絡先を記載して下さい。
※複数購入された場合は、個別に理由を記載して下さい。
主な用途以外の付加価値がついている場合（例：暖房機能付等）は、その必要性について具体的に記載して下さい。
オーダーメイドの場合は、オーダーメイドでなければいけない理由を記載して下さい。
- ・申請者以外の口座に振込む場合は、委任状を記載して下さい。
- ・被保険者が死亡された後に、申請をされる場合は誓約書に記載をして下さい。

※注意

申請書において、文字や数字を訂正する場合は、必ず申請者本人の訂正印等を用いて、訂正して下さい。（修正液は不可）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	キトウ タロウ 杵藤 太郎	保険者番号	4 1 2 0 7 2					
個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●	被保険者番号	1 0 0 ●●●●●●●●					
生年月日	明・大・ 昭 10年 11月 ● 日生	負担割合	1 割					
住所	〒849-1304 鹿島市大字中村●番地● 電話番号 0954-●●●●●●●●		領収日時点の負担割合証を確認し、 記入して下さい。					

福祉用具名		製造事業者名	事業所番号	購入金額	購入日
種目名	商品名		指定販売事業者名		
入浴補助用具	▲▲▲	(株) ●●●●	4 1 ●●●●●●●●	15,000 円	令和 年 ●月 ▲日
			■●●●		
腰掛便座	■●●●	○○○○ (株)	4 1 ●●●●●●●●	80,000 円	令和 年 ●月 ▲日 年 月 日
			■●●●		

上記、福祉用具が必要な理由を日常生活動作の状況等を勘案し裏面にご記入ください。

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様
 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。
 令和 年 ● 月 ■ 日
 申請者 住所 鹿島市大字中村●番地●
 (被保険者) 氏名 杵藤 太郎 電話番号 0954-●●●-●●●●●●

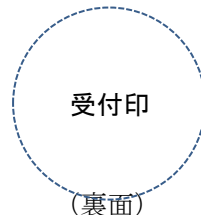
必要添付書類
 ・領収証（原本）・福祉用具のパフレット（写しでも可）
 ・オーダーメイドの福祉用具については、平面図等構造のわかる書類及び写真
 ・排泄予測支援機器については、必要性及び試用状況等を確認できる書類

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記口座へ振り込んで下さい

口座振込依頼欄											
金融機関の 名称及び 口座番号等 (ゆうちょ銀行 への振込み可)	佐賀	銀行	●●			本店	種目	口座番号			
	信用金庫		●●		支店	1 普通		1 2 3 4 5 6 7			
	信用組合		●●		支所		2 当座				
金融機関コード		店舗コード			出張所			3 その他			
フリガナ	キトウ タロウ										
口座名義人	杵藤 太郎										

※口座名義人は被保険者本人の口座を記入してください。(被保険者以外の場合は、裏面の委任状に記入して下さい。)

保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 領収証	<input type="checkbox"/> 委任状	給付額減額	給付対象額	審査確認	入力確認
	<input type="checkbox"/> パフレット等	<input type="checkbox"/> 福祉用具の重複	有・無	支給決定額		
()			円	円		



《特定福祉用具購入が必要な理由》

入浴補助用具 … 令和〇〇年〇月に右太腿骨骨折により入院。足が曲げにくく、立ち座り動作に苦勞されている。

自宅浴室は洗い場と浴槽底の間に15cm以上の段差があり、浴槽を跨ぐ際にバランスを崩し転倒の恐れがある。跨ぎ動作時のバランス保持と浴槽内での立ち座りの負担軽減をはかるために、浴槽台が必要である。

腰掛便座 … 脳梗塞による軽度の半身麻痺があるため、移動時にフラツキがみられ転倒のリスクが高い。居室にポータブルトイレを置くことで、転倒のリスクや身体の負担を減らすことができる。寝室に臭いがこもりにくい脱臭機能、移乗動作が行い易いように肘掛けが昇降し易いタイプを選定する。

【理由書記載者】 介護支援専門員 地域包括支援センター職員 福祉用具専門相談員

事業所名 〇〇〇居宅介護支援事業所

氏名 杵〇 〇子 連絡先 0954-■■■-■■■■■

※理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。
 記載例：「(身体状況)により(困難な状況)にあるため、(福祉用具)を使用することにより(困難な状況の改善)できる」
 ※主な用途以外の付加価値等(例：暖房機能、消臭機能等)がある場合は、その必要性についても具体的に記載して下さい。
 記載例：「(付加価値)があることで、(困難な状況等)が(困難な状況等の改善)できる」

委任状

申請者以外の口座に振り込む場合は記入して下さい。

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

私が杵藤地区広域市町村圏組合より受領すべき介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領の権限を下記の者に委任します。

委任者 (申請者)	住所 鹿島市大字中村●番地●
	氏名 杵藤 太郎
受任者 (口座名義人)	住所 鹿島市大字中村■番地■
	氏名 △ 杵藤 二郎

電話番号 0954-△△-△△△

誓約書

被保険者の死亡後に申請される場合は記入して下さい。

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 あて

被相続人(被保険者) 杵藤 太郎 に係わる、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請及び受領に関して、他の相続人からの異議申し立てがあった場合、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約いたします。

相続人代表者	住所 鹿島市大字中村■番地■	続柄 長男
	氏名 杵藤 二郎	

②指定販売事業者発行の領収証（原本）

領収書の宛名には、被保険者の氏名が記載されてある必要があります。（姓のみ、上様は支給対象になりません。）

例

領 収 証	
<u>杵藤 太郎 様</u>	令和〇〇年〇月〇日
¥ 95,000 也	
<u>但し、介護保険福祉用具購入代金として</u>	
・浴槽台▲▲▲（¥15,000）	
・ポータブルトイレ■ ■ ■（¥80,000）	
上記の金額を領収しました。	
株式会社 ■ ■ ■ ■ 印	
〒849-△△△△ 鹿島市大字納富分□□□番地	
TEL 0954-〇〇-〇〇〇〇	

③購入した福祉用具が確認できるパンフレット等（写し可）

④オーダーメイドの福祉用具の場合は、平面図等構造のわかる書類及び写真

⑤排泄予測支援機器については、必要性及び試用状況等を確認できる書類

・下記のいずれかの資料及びP14の確認調書を添付すること。

- (1) 介護認定審査における主治医の意見書
- (2) サービス担当者会議等における医師の所見
- (3) 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見
- (4) 個別に取得した医師の診断書 等

【受領委任払い】

①介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【受領委任払用】

- ・被保険者氏名、保険者番号、被保険者番号、生年月日、住所の各欄は、介護保険被保険証の内容を記載して下さい。
- ・個人番号欄には個人番号カード又個人番号通知カードに記載されている個人番号を記載して下さい。
- ・福祉用具名種目名の欄には、前述の特定福祉用具等の種類の①～⑥までの種類名を、商品名の欄には製造業者の商品名を記載して下さい。
- ・製造業者名の欄には、製造業者名を記載して下さい。
- ・事業所番号及び指定販売事業者名の欄には、都道府県知事指定の事業所番号及び指定販売事業者名をご記入下さい。
- ・購入金額の欄には、購入に掛かった費用の金額を記載して下さい。
- ・購入日の欄には、領収書記載の領収日を記載して下さい。
- ・申請者は被保険者となります。
※被保険者が死亡した場合は、相続人が申請者となります。
- ・請求及び受領を委任する事業所の所在地、名称、代表者氏名を記載して下さい。
※委任する事業所の代表者印を押印して下さい。
- ・福祉用具が必要な理由を具体的に記載して下さい。また、理由書を記載された方の事業所名及び氏名、連絡先を記載して下さい。
※複数購入された場合は、個別に理由を記載して下さい。
主な用途以外の付加価値がついている場合（例：暖房機能付等）は、その必要性について具体的に記載して下さい。
オーダーメイドの場合は、オーダーメイドでなければいけない理由を記載して下さい。
- ・被保険者が死亡された後に申請をされる場合は、誓約書に記載して下さい。

※注意

申請書において、文字や数字を訂正する場合は、必ず申請者本人の訂正印等を用いて、訂正して下さい。（修正液は不可）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	キトウ タロウ	保険者番号	4	1	2	0	7	2
被保険者氏名	杵藤 太郎	被保険者番号	1	0	0	●	●	●
個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●	負担割合	1 割					
生年月日	明・大・昭 10年 11月 ●日生	住所	〒849-1304 鹿島市大字中村●番地●					
		領収日時点の負担割合証を確認し、記入して下さい。						
		電話番号 0954-●●●●●●●●						

福祉用具名		製造事業者名	事業所番号	購入金額	購入日
種目名	商品名		指定販売事業者名		
入浴補助用具	▲▲▲	(株) ●●●●	4 1 ●●●●●●●●●●	15,000 円	令和 年 ●月 ▲日
腰掛便座	■●●●	○○○○ (株)	4 1 ●●●●●●●●●●	80,000 円	令和 年 ●月 ▲日

上記、福祉用具が必要な理由を日常生活動作の状況等を勘案し裏面にご記入ください。

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の事業者委任します。

令和 年 ● 月 ■ 日
 申請者 住所 鹿島市大字中村●番地●
 (被保険者)
 氏名 杵藤 太郎

杵藤印
 電話番号 0954-●●●●●●●●

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

上記申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限の委任を申請者から受けることに同意いたします。

令和 年 ● 月 ■ 日
 受任者 所在地 鹿島市大字納富分□□□□番地
 (販売事業者) 名称 株式会社 ■●●●●
 代表者職名・氏名 代表取締役 杵 ▲ ● 郎

指定販売事業者の代表取締役等の印、もしくは、社印と代表者の印。

電話番号 0954-00-0000
 印

必要添付書類	・領収証（原本） ・福祉用具購入費（受領委任払）請求書 ・福祉用具のパフレット（写しでも可） ・オーダーメイドの福祉用具については、平面図等構造のわかる書類及び写真 ・排泄予測支援機器については、必要性及び試用状況等を確認できる書類
--------	--

保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> パフレット等 <input type="checkbox"/> 福祉用具の重複 ()	給付額減額	給付対象額 円	審査確認	入力確認
	有・無	支給決定額 円			



≪特定福祉用具購入が必要な理由≫

浴補助用具 … 令和〇〇年〇月に右太腿骨骨折により入院。足が曲げにくく、立ち座り動作に苦勞されている。

自宅浴室は洗い場と浴槽底の間に15cm以上の段差があり、浴槽を跨ぐ際にバランスを崩し転倒の恐れがある。跨ぎ動作時のバランス保持と浴槽内での立ち座りの負担軽減をはかるために、浴槽台が必要である。

腰掛便座 … 脳梗塞による軽度の半身麻痺があるため、移動時にフラツキがみられ転倒のリスクが高い。居室にポータブルトイレを置くことで、転倒のリスクや身体の負担を減らすことができる。寝室に臭いがこもりにくい脱臭機能、移乗動作が行い易いように肘掛けが昇降し易いタイプを選定する。

【理由書記載者】 介護支援専門員 地域包括支援センター職員 福祉用具専門相談員

事業所名 〇〇〇居宅介護支援事業所

氏名 杵〇 〇子 連絡先 0954-■■-■■■■

※理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。
記載例：「(身体状況) により (困難な状況) にあるため、(福祉用具) を使用することにより (困難な状況の改善) できる」
※主な用途以外の付加価値等 (例：暖房機能、消臭機能等) がある場合は、その必要性についても具体的に記載して下さい。
記載例：「(付加価値) があることで、(困難な状況等) が (困難な状況等の改善) できる」

誓 約 書

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

被保険者の死亡後に申請される場合は記入して下さい。

被相続人(被保険者) 杵藤 太郎 に係わる、介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給申請及び受領に関して、他の相続人からの異議申し立てがあった場合、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約いたします。

相続人代表者	住所 <u>鹿島市大字中村■■番地■■</u>	
	氏名 <u>杵藤 二郎</u>	続柄 <u>長男</u>



②福祉用具購入費【受領委任払】請求書

請求額には、購入費から自己負担分を差し引いた金額（購入金額の9割、8割又は7割）を記載してください。

様式第2号（第3条関係）											
福祉用具購入費【受領委任払】請求書											
令和〇〇年 ●月▲日											
杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様											
（請求者）											
所在地 鹿島市大字納富分□□□□番地											
名称 株式会社 ■■■■■											
代表者氏名 代表取締役 杵▲ ●郎											
			印								
下記のとおり、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を請求します。											
福祉用具購入対象者											
被保険者番号		氏名									
1	0	0	● ● ● ● ● ● ●								
		杵藤 太郎									
請求額（円）											
（請求額の前に必ず¥をつけて下さい）		¥	8 5 5 0 0								
下記の口座へ振り込んでください。											
金融機関名	銀 行・信用金庫 佐賀 信用組合・協同組合 労働金庫			支店名	本 店・支店 出張所・支所						
金融機関番号	0	1	7	9	店番号	5	0	0			
口座種目	1普通預金 2当座預金 3その他（ ）			口座番号	7	6	5	4	3	2	1
フリガナ 口座名義人	カブシキガイシャ □□□□ ダイヒョウトリシマリヤク キ▲ ●ロウ 株式会社 □□□□ 代表取締役 杵▲ ●郎										

③販売事業者発行の領収証（原本）

領収書の宛名には、被保険者の氏名が記載されてある必要があります。（姓のみ、上様は支給対象になりません。）

領収書の金額は、自己負担分（購入金額の1割、2割又は3割）を記入してください。（限度額を超えた場合は、自己負担分と限度額を超えた分の合計になります。）

領収金額は、利用者負担分に1円未満の端数が生じた場合は、端数を切り上げた額となります。

福祉用具を2つ以上購入した場合は、端数計算は1つずつ行ってください。

例

領 収 証	
<u>杵藤 太郎 様</u>	令和〇〇年〇月〇日
<u>¥ 9,500 也</u>	
<u>但し、介護保険福祉用具購入代金</u>	
・浴槽台▲▲▲(¥15,000)	
・ポータブルトイレ■ ■ ■ (¥80,000) の自己負担分として	
上記の金額を領収しました。	
株式会社 ○○○○ 印	
〒849-△△△△ 鹿島市大字納富分□□□番地	
TEL 0954-〇〇-〇〇〇〇	

④購入した福祉用具が確認できるパンフレット等（写し可）

⑤オーダーメイドの福祉用具の場合は、平面図等構造のわかる書類及び写真

⑥排泄予測支援機器については、必要性及び試用状況等を確認できる書類

・下記のいずれかの資料及びP14の確認調書を添付すること。

(1) 介護認定審査における主治医の意見書

(2) サービス担当者会議等における医師の所見

(3) 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見

(4) 個別に取得した医師の診断書 等

別添

排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

____年 ____月 ____日

事業所名 _____
所在地 _____
確認者名 _____

記

【利用者情報】

氏名 _____

生年月日 ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳

同居家族 _____ トイレへの主な介助者 _____

要介護区分 要介護・要支援 _____

介護認定調査 項目2-5排尿 (該当するものに○をする)

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名: _____ 機種名: _____

【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有・無 (無の場合、以下に試用しなかった理由を記載) _____		
試用期間	____月 ____日 ~ ____月 ____日 (1日あたり ____ 時間装着)		
装着し、通知がされたか	可・否	通知後、トイレまでの誘導時間	____分
試用結果(※) (通知後にトイレで排泄できた回数/実際の通知回数)			
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回

(※) 試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。