

介護保険制度における 福祉用具購入の手引



令和4年5月版

蕪崎市 長寿介護課 介護保険担当

目次

1. 介護保険制度における福祉用具購入支給の概要.....	1
2. 福祉用具の対象種目	5
(1) 腰掛便座.....	5
(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品.....	5
(3) 入浴補助用具	5
(4) 簡易浴槽引き戸等への扉の取替え.....	6
(5) 移動用リフトの吊り具の部分.....	6
(6) 排泄予測支援機器.....	6
3. 申請書類の記入例	7
4. 申請書類の留意事項	19
5. Q&A.....	20
(1) 介護保険特定福祉用具購入費支給に関する総合的な質問と回答	20
(2) 介護保険特定福祉用具購入費支給の購入品の種類ごとの質問と回答.....	23
6. 参考文献.....	26

1. 介護保険制度における福祉用具購入支給の概要

介護保険制度では、要介護認定等（要介護又は要支援）を受けた方が、その日常生活の自立を助けるためや、介護者の負担を軽くするために必要な福祉用具で、かつ福祉用具購入費の支給対象となる種類の福祉用具（特定福祉用具）を、特定福祉用具販売事業者として都道府県や政令指定都市等による指定を受けた介護保険サービス事業者から購入した場合、申請により、その費用の一部が介護保険から福祉用具費として支給されます。

(1) 支給対象者

要支援1・2または要介護1～5の認定を受けている韮崎市の被保険者です。

(2) 対象となる福祉用具の種類

- 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 移動用リフトの吊り具の部分

次の福祉用具については、介護保険の「福祉用具貸与」の対象となります。

- 車いす
 - 車いす付属品
 - 特殊寝台
 - 特殊寝台付属品
 - 床ずれ防止用具
 - 体位変換器
 - 認知症老人徘徊感知器
 - 移動用リフト（吊り具の部分を除く。）
 - 自動排泄処理装置（交換可能部品、専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの並びに専用パンツ、専用シート等の関連製品は除かれる。）
- 原則として、
・要支援1・2
・要介護1
の方は、保険給付の対象外。**
- ※原則として、要支援1・2及び要介護1～3の方は、保険給付の対象外。**
- 手すり（取付け工事を伴わないもの。）
 - スロープ（取付け工事を伴わないもの。）
 - 歩行器
 - 歩行補助杖

(3) 福祉用具購入費の支給限度額

福祉用具購入費の支給対象となる金額は、要支援・要介護度にかかわらず、**同一年内(4月1日～翌年3月31日)で10万円まで**です。ただし、1割、2割または3割は自己負担となりますので、介護保険から支給される額は9万円、8万円または7万円が上限となります。なお、支給限度額(10万円)を超えた場合は、超えた分については、全額自己負担となります。

(例) 購入金額10万1000円の福祉用具を購入した場合(自己負担1割の方)



※自己負担額は、保険給付額を先に計算(1円未満切捨て)してから算出します。複数購入する場合は、個々の計算となり合計額からの算出ではありません。

(4) 支給方法について

① 償還払い

保険給付対象購入費(上限10万円以内)を一旦全額を本人が支払い、保険給付分を介護保険負担割合証に記載のある割合(1~3割)を差し引き、残りを市より支払われる方法。

② 受領委任払い

介護保険負担割合証に記載のある割合(1~3割)で保険給付対象購入費(上限10万円以内)の自己負担額を支払い、販売業者は残りの給付額を市より支払われる方法。

《注意》

- 介護認定において新規認定中、区分変更中の際は、利用者の介護度が確定していないため、**償還払い**での取扱いとなります。
- 在宅サービスの保険給付のため、入院中・入所中は**償還払い**となります。
- 保険料滞納者については、**償還払い**等での取扱いとなります。

(5) 福祉用具購入費の支給の申請の流れ

福祉用具購入の給付を受けるには、長寿介護課に申請を行い、給付が受けられます。

① 打ち合わせ

要介護（支援）認定を受け、福祉用具の購入を希望する被保険者は、ケアマネジャーに相談し、購入する製品や費用を確認してから申請してください。



② 支給申請

次の書類を提出し、事前の申請を行います。

《償還払い》

- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- 領収証
- 購入品のカタログの写し
- 居宅サービス計画書の写し（ケアマネジャーが作成します）
- 週間サービス計画表の写し（ケアマネジャーが作成します）
- 委任状（被保険者と申請者、口座名義人が異なる場合）

《受領委任払い》

- 蕪崎市福祉用具購入費受領委任払制度に係る取扱誓約書
（初めて受領委任払を利用する販売業者が事前に提出）
※事前に提出されているかの確認は長寿介護課介護保険担当までお問い合わせください。
- 蕪崎市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）
- 領収証
- 購入品のカタログの写し
- 居宅サービス計画書の写し（ケアマネジャーが作成します）
- 週間サービス計画表の写し（ケアマネジャーが作成します）
- 委任状（被保険者と申請者、口座名義人が異なる場合）

※ 支給申請書は購入月ごとに申請してください（購入月がまたぐものは不可）。



※ 領収証の原本の返却を希望される場合は、あらかじめコピーと一緒に提出ください（コピーのみの提出は不可）。

※ 被保険者と申請者や受領者が異なる場合は、「委任状」を添付してください。

③ 審査（1週間程度かかります。）

審査は、購入品や使用目的等について提出された書類を確認します。
申請書類に不備があるときは、補正を求めますので、速やかに書類の修正、提出を行ってください。



※ 初めて葦崎市から指定した口座に支払を受ける場合、口座の登録作業があるため時間がかかります。

④ 支給決定

福祉用具購入費の給付を行います。

《償還払い》

本人へ決定通知書を送付し、支給申請書に指定された金融機関口座へ振込みをします。

《受領委任払い》

本人、販売業者へ決定通知書を送付し、販売業者が提出する請求書に指定された金融機関口座へ振込みをします。

- 葦崎市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払請求書
- 債権者登録申請書（法人用）（初めて葦崎市から指定した口座に支払を受ける場合のみ）

(6) ケアマネジャーの留意点

- 介護保険法による福祉用具購入は、ケアマネジャーの専門的な視点から判断した、被保険者に必要な用具であり、厚生労働大臣が定める種類の福祉用具のみが支給対象となります。販売業者、被保険者及び被保険者の家族の要望だけでは、支給対象とならない場合があります。そのため、まず被保険者及び被保険者の家族と十分に協議を行ったうえ、関係業者の協力を得て進めてください。
- ケアマネジャーは、福祉用具購入に関し、被保険者の心身の状況、日常生活上の行動経路、住宅の状況など総合的に勘案し、必要な福祉用具を検討してください。
- 福祉用具購入にあたって、対象となる福祉用具かどうかなど疑義が生じた場合がありますたら、必ず長寿介護課介護保険担当へご連絡ください。

(7) 注意点

- ◎ **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ではありません。**ただし、次の場合など特別な事業がある場合は、再度支給されることがありますので、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

- ◎ **病院に入院中または施設に入所中の方は、原則として福祉用具購入費の支給は受けられません**が、退院や退所が決まっています、在宅に戻ってから福祉用具が直ちに必要となる場合は、購入前に担当のケアマネジャー等へご相談ください。
- ◎ **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所から福祉用具を購入していない場合には、支給の対象となりません。**

2. 福祉用具の対象種目

介護保険の給付対象となる福祉用具の種類及びその留意事項は次のとおりです。

(1) 腰掛便座

《機能または構造等》

- 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。)
- ② 洋式便器の上に置いて高さを補うもの。
- ③ 電動式またはスプリング式で便座から立ち上げる際に補助できる機能を有するもの。
- 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、設置に要する費用については保険給付対象とならない。

(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品

《機能または構造等》

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、居宅要介護者等またはその介護を行う者が用意に交換できるもの。(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、専用シート等の関連製品は除く。)

(3) 入浴補助用具

《機能または構造等》

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またはリクライニング機能を有するものに限る。

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。

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。

④ 浴槽台

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。

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。

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。

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。

(4) 簡易浴槽引き戸等への扉の取替え

《機能または構造等》

空気式また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、取水または排水のために工事を伴わないもの。

(5) 移動用リフトの吊り具の部分

《機能または構造等》

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

《機能または構造等》

膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、排尿の機会を居宅介護事業者等又はその介護を行う者に通知するもの。ただし、交換可能部品、専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの、並びに専用パンツ、専用シート等の関連製品は除く。

《排泄予測支援機器購入費申請時における追加添付書類》

- ・医学的な所見がわかる書類（医師の所見のわかるもの）
- ・試用結果

※添付書類が不明な場合は、長寿介護課介護保険担当までご相談ください。

3. 申請書類の記入例

- 償還払い

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	ニラサキ タロウ			保険者番号	1 9 2 0 7 0						
被保険者氏名	葦崎 太郎			被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5						
生年月日	明・大・昭〇年〇月〇日			性別	男・女						
住所	〒407-8501 葦崎市水神1丁目3番1号			電話番号	0551-22-1111						
福祉用具名 (種目・商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額(税込)	購入日							
腰掛便座 ポータブルトイレPT らくらくキャスターなし	株式会社 にらさき	(有)福祉用具 にらさき	20,000 円	〇年〇月〇日							
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
福祉用具が 必要な理由	〇月上旬に自宅内で転倒。転倒時に右足を骨折し、歩行困難となっている。 ベッドサイドに設置し、安全に排泄ができるように購入する。										
(あて先) 葦崎市長	<div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px; display: inline-block;">「申請日」を記載してください。</div>										
	上記のとおり関係書類を添えて(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。										
	〇年〇月〇日										
	住所 葦崎市水神1丁目3番1号 電話番号 0551-22-1111										
申請者	氏名 葦崎 太郎 (葦崎) 被保険者との続柄(本人)										
必要添付書類	①領収書 ②購入品のカタログの写し ③居宅サービス計画書の写し ④委任状(被保険者と申請者、口座名義人が異なる場合)										
居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。											
口座振込 依頼欄	にらさき 銀行 農協 信用金庫 信用組合			本店 葦崎 支店・支所 出張所			種別	口座番号			
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金	1 1 1 1 1 1 1			
	1 2 3 4			1 2 3			2 当座預金				
							3 その他				
フリガナ	ニラサキ タロウ										
口座名義人	葦崎 太郎										

領 収 証

○ 年 ○ 月 ○ 日

荻崎 太郎 様

金 額 20,000

但し、**福祉用具購入費** として
上記正に領収いたしました。

自己負担分を記載。
整数とならない場合は切り上げ。



金額が5万円を超える際は収入印紙を
貼って、割印を押印してください。

荻崎市本町4丁目9番2号

有限会社 福祉用具 にらさき

代表取締役 山梨 太郎



居宅サービス計画書(1)

作成年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

初回紹介・継続

認定済申請中

利用者名 榑崎 太郎 様 生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 榑崎 太郎

居宅サービス計画作成者氏名 介護 花子

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ならさき居宅介護支援事業所 榑崎市本町3丁目6番3号

居宅サービス計画作成(変更)日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 初回居宅サービス計画作成日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

認定日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 認定の有効期間 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ ○ 年 ○ 月 ○ 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

本人：歩くことが体力的に大変だが、できる限り身の回りのことは自分でしたい。
妻：転倒してから、トイレに行くときは、支えたりしながら連れて行っている。私も体力的に厳しいので、自分1人で行ってほしい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

特になし。

総合的な援助の方針

通所リハビリを利用し、ご自宅での生活が継続できるよう健康管理に努めましょう。
お一人で安全に生活ができるよう環境整備を行い、身の回りのことができるように努めましょう。
緊急連絡先：榑崎 小太郎 様(長男) 090-1234-5678

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

居宅サービス計画について説明を受けました。この計画の実施に同意します

署名 榑崎 太郎

印

利用者名 荻崎 太郎 様

具体的に記載してください。

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標			援助内容			
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度	期間
今までのように歩きたい。	〇/〇/〇〇～ 〇/〇/〇〇/〇	一人でトイレに行き、用を足すことができる。	夜間時に安全に排泄できるようにポータブルトイレを利用する。	〇	福祉用具購入 福祉用具 にらさき	毎日	〇/〇/〇〇 ～ 〇/〇/〇〇
入院しないように元気で過ごしたい。	〇/〇/〇〇～ 〇/〇/〇〇/〇	病気をすることなく元気に過ごすことができる。	定期的に体調の確認を行い、元気がいることができる。		本人	1回/月	〇/〇/〇〇 ～ 〇/〇/〇〇

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

認定期間を記載してください。

週間サービス計画表

作成年月日 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

利用者名 荻崎 太郎 様

○ 年 ○ 月分より

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							
早朝	6:00							起床 朝食
午前	8:00							
午前	10:00							テレビ・畑
午前	12:00	通所にらさき 9:00 ~ 16:00		通所にらさき 9:00 ~ 16:00				昼食 ダララウンドゴルフ
午後	14:00							
午後	16:00							
夜間	18:00							夕食 散歩
夜間	20:00							就寝
深夜	22:00							夜中トイレ 2~3回
深夜	0:00							
深夜	2:00							
深夜	4:00							

週単位以外のサービス
 荻崎市立病院 1回/月 受診
 住宅改修費：玄関に手すり（柵にらさき）

すでに利用している福祉用具や通院や趣味などを記載してください。

介護予防サービス・支援計画表

No. _____ 利用者名 **轟崎 太郎** 性別 **男** 要介護年月日 **〇年〇月〇日** 要介護度 **要介護2** 地域支援事業

計画作成者氏名 **介護 花子** 計画期間 **〇年〇月〇日** 要介護開始年月日 **〇年〇月〇日** 要介護開始年齢 **〇**歳 **〇**月 **〇**日

計画作成施設名 **〇年〇月〇日** (計画作成日) **〇年〇月〇日** (計画期間) 要介護開始施設名 **〇年〇月〇日** (要介護開始日)

計画作成施設住所 **〒0551-23-4313** (〒) **〇**市 **〇**区 **〇**丁目 **〇**番 **〇**号 **〇**号

1日 **1人でトイレに行き、用を足すことができる。**

転倒もなく、住み慣れた自宅で自立して過ごしたい。

アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向・希望	特長と課題(要介護)について	総合的課題	課題に付随する目標と身体機能の留意点	具体例についての留意点(本人・家族)	目標	目標についての実施ポイント	実施計画(本人・家族のセルフケアや家族のセルフケア、ケアマネージャーによる個別支援)	サービス提供	事業所	期間
〇年〇月に腰痛、歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	腰痛、歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。	歩行困難、右足指痛、歩行困難、転倒のリスクがある。

【本人が行うべき支援が実施できない場合】
必要な支援の範囲に向けた方針

【実施状況】

歩行困難	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行
〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇

計画に関する留意点

上記計画について、同意いたします。

〇年〇月〇日 氏名 **轟崎 太郎** 印

委 任 状

私は、代理人を〔住所〕 葦崎市水神1丁目3番1号

〔氏名〕 葦崎 小太郎

と定め、次の事項を委任します。

委任事項

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給

申請の件 ・ 受領の件

申請者が異なる場合は「申請の
件」を選択
被保険者と口座の名義人が異な
る場合は「受領の件」を選択

委任者

住所 葦崎市水神1丁目3番1号

氏名 葦崎 太郎



・ 受領委任払い

第1号様式(第4条関係)

韮崎市福祉用具購入費受領委任払制度に係る取扱誓約書

○年○月○日

(宛先) 韮崎市長

住 所 韮崎市本町4丁目9番2号
事業者名称 有限会社 福祉用具 にらさき
代表者氏名 代表取締役 山梨 太郎 印



韮崎市介護保険福祉用具購入費にかかる受領委任払制度に関して、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

(基本的事項)

- 1 介護保険法第8条第13項に定められた介護給付費の対象となる特定福祉用具の販売（以下「福祉用具の販売」という。）に関しては、関係法令、通達、韮崎市の要綱等を遵守すること。
- 2 事業にあたっては、韮崎市、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。
- 3 居宅要介護等被保険者の意思及び人権を尊重し、常に居宅要介護等被保険者の立場に立ったサービスの提供に努めること。
(指導、調査等)
- 4 市長が必要であると認めた福祉用具の販売に関しては、指導又は調査を行い、帳簿及び書類を検査し、説明を求め、又は警告を行った場合には、直ちにこれに応じること。
(苦情処理等)
- 5 居宅要介護等被保険者から福祉用具の販売に関し、苦情又は相談があった場合、居宅要介護等被保険者の状況を詳細に把握する必要に応じて、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行うこと。また、苦情に対しては、居宅要介護等被保険者の立場を考慮しながら、事実関係の特定を慎重に行い、円滑かつ迅速に苦情処理を行うこと。その他、当該事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法を要介護者等の立場に立って検討し、対処すること。
(賠償責任)
- 6 福祉用具の販売に伴い、事業者の責めに帰すべき事由により、居宅要介護等被保険者等の生命、身体、財産等を傷つけた場合は、その責任の範囲において、居宅要介護等被保険者等に対してその損害を賠償すること。
(秘密保持)
- 7 事業者及びその職員は、業務上知り得た居宅要介護等被保険者又はその家族の個人情報を保持すること。また、職を退いた後も同様とする。
(その他)
- 8 届出書に記載した事項に変更があったときは、速やかにその旨及びその年月日を市長に届け出ること。

第2号様式（第5条関係）

韮崎市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

ふりがな	ニラサキ タロウ				保険者番号						1	9	2	0	7	0
被保険者氏名	葦崎 太郎				被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	
生年月日	○年○月○日															
被保険者住所	〒 407-8501 韮崎市水神1丁目3番1号															
福祉用具名 (種目・商品名)	製造事業者名	販売事業者名	購入金額(税込)	購入日												
腰掛便座	株式会社 にらさき	㈱福祉用具 にらさき	20,000 円	○年○月○日												
			円	年 月 日												
			円	年 月 日												
福祉用具が必要な理由	○月上旬に自宅内で転倒。転倒時に右足を骨折し、歩行困難となっている。 ベッドサイドに設置し、安全に排泄ができるように購入する。															
(宛先) 韮崎市長	<p>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。 なお、当該給付費の受領については、下記の者に委任します。</p> <p>○年○月○日 「申請日」を記載してください。</p> <p>申請者 住 所 韮崎市水神1丁目3番1号 (委任者) 氏 名 葦崎 太郎 電話番号 0551-22-1111</p>															
上記委任の件、承諾しました。	<p>なお、当該給付費の支給については、既に登録済みの代理受領に係る登録口座に振り込み下さい。</p> <p>○年○月○日</p> <p>受任者 住 所 韮崎市本町4丁目9番2号 事業者名 有限会社 福祉用具 にらさき 代表者氏名 代表取締役 山梨 太郎 電話番号 0551-22-0498</p>															
必要添付書類	<p>① 領収証 ② 購入品のカタログの写し ③ 居宅サービス計画書の写し ④ 委任状（被保険者と申請者が異なる場合）</p>															

領 収 証

○ 年 ○ 月 ○ 日

葦崎 太郎 様

金 額 2,000

但し、福祉用具購入費（受領委任払い）として
上記正に領収いたしました。

自己負担分を記載。
整数とならない場合は切り上げ。



金額が5万円を超える際は収入印紙を
貼って、割印を押印してください。

葦崎市本町4丁目9番2号
有限会社 福祉用具 にらさき
代表取締役 山梨 太郎



第4号様式（第6条関係）

「申請日」を記載してください。

○年○月○日

(宛先) 韮崎市長

住 所 韮崎市本町4丁目9番2号
事業者名 有限会社 福祉用具 ならさき
代表者氏名 代表取締役 山梨 太郎



韮崎市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払請求書

下記のとおり請求いたします。

記

1. 請求金額 18,000 円
2. 請求内容 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費（受領委任払）として
3. 内訳

被保険者氏名	山梨 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
購入費用	20,000	円										
本人負担額	2,000	円										

債権者登録番号（記入しないでください。）

債権者登録申請書 (法人用)

この登録申請は、皆様に韮崎市からの支払いがより迅速かつ正確に行うことができるよう、必要な事項をあらかじめ申請していただくもので、韮崎市が財務会計のコンピュータシステムに登録するために使用します。

フリガナ	ユウゲンガイシャ フクシヨウグ ニラサキ																			
会社名	有限会社 福祉用具 にらさき																			
代表者名	代表取締役 山梨 太郎																			
法人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2							
郵便番号・住所	(〒 407 - 0024) 韮崎市本町4丁目9番2号																			
電話番号	0551-22-0498																			
E-mail (連絡用)	nirasaki@abc.jp																			
振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 信組 農協 韮崎 にらさき 店 支店 支所																		
	種別・口座番号	1	2	3	4	5	6	7	1 普通 2 当座 3 その他											
	口座名義人	有限会社 福祉用具 にらさき																		
	口座名義人のカナ登録表示	ユウ	ケ	ン	カ	イ	シ	ヤ	フ	ク	シ	ヨウ	グ	ニ	ラ	サ	キ	タ	イ	ヒ
※市役所記入欄 マイナンバー確認担当者印 印 記入しないでください。 依頼課 (課) 依頼日 (年 月 日) 債権者番号 (会計課記入)																				

私が請求した代金については、上記口座に振込くださるようお願いいたします。

○年○月○日

住所 韮崎市本町4丁目9番2号
 債権者名 有限会社 福祉用具 にらさき 印
 代表取締役 山梨 太郎



「申請日」を記載してください。

4. 申請書類の留意事項

- ※ 鉛筆や消せるボールペンを使用した筆記用具での記入は不可となります。
- ※ 書類に訂正が生じたときには、申請者の名による訂正印を押印してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。

《支給申請時に必要な書類》

書類	留意事項
介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書	<ul style="list-style-type: none"> • 署名、押印が必要です。 • 通常のタイプとは異なる商品の購入など特別な事情がある場合はその必要性を必ず「福祉用具の必要な理由」に記載してください。
購入品のカタログの写し	<ul style="list-style-type: none"> • 商品のメーカー名・品番・品名・標準価格の記載があるパンフレットの写しを添付してください。 • パンフレットに複数品番等がある場合は、商品が特定できるように丸印等を付けてください。 • 審査上必要した場合、追加で提出を求める場合があります。
領収証	<ul style="list-style-type: none"> • 領収証の宛先は対象被保険者のフルネームを記載してください。 • 施工業者の代表者印、又は会社印及び担当者印を押印してください。 • 福祉用具を購入したことがわかる但し書きを記載してください。 • 購入した商品がわかるように記載してください。 • 収入印紙には割り印を入れてください。
居宅サービス計画書(1)第1表の写し	<ul style="list-style-type: none"> • 総合的な判断をしたうえで、審査するために、住宅改修について記載した居宅介護サービス計画または居宅予防サービス支援計画（ケアプラン）を作成してください。総合的な援助の方針に住宅改修をすることの必要性や改善点などを記入してください。
居宅サービス計画書(2)第2表の写し	<ul style="list-style-type: none"> • 総合的な判断をしたうえで、審査するために、住宅改修について記載した居宅介護サービス計画または居宅予防サービス支援計画(ケアプラン)を作成してください。サービス内容には具体的な状況を記載してください。
週間サービス計画表の写し	<ul style="list-style-type: none"> • 週を通じて主な日常生活上の活動内容や日課を記載して下さい。 • 週単位以外のサービスや受診回数、福祉用具の利用状況も記載して下さい。

5. Q&A

これは、全国の保険者(市町村)がケアマネジャーや福祉用具販売業者から質問を受け、それに対する国の回答を本市においてまとめたものです。ただし細部に関しては保険者(市町村)の判断に委ねられている部分もあり、全国一律の基準ではありません。支給対象となるか判断に迷うケース、表面上は同じに見える内容の購入であっても詳細部分で異なるケースなどが想定されます。本回答集の内容に縛られず、申請にあたって疑問等がありましたら福祉用具購入担当(長寿介護課 介護保険担当 TEL0551-23-4313)までお問い合わせ下さい。

(1) 介護保険特定福祉用具購入費支給に関する総合的な質問と回答

項目	質問	回答
部品購入費	介護保険の摘要となる特定福祉用具の部品を交換した場合の部品購入費は福祉用具購入費の対象となるか。	福祉用具を構成する部品については、福祉用具購入費の対象となる福祉用具であって、製品の構造上、部品交換がなされることが前提となっている部品について、市町村が部品を交換することを必要と認めた場合には、介護保険の適用対象となる。
	福祉用具の購入について、故障した場合等のメンテナンスの必要から部品を購入した場合は支給対象となるか。	予備の部品を購入するのは必要性がないため、支給対象外とする。
同一種目の購入	既に同一品目のシャワーチェアを購入した履歴があるが、カビやヌメリがあり、滑って転倒するリスクがあるので再度購入したいが、対象となるか。	破損又は身体状況の変化による理由でないため、今回のようなケースで仮に転倒リスクがあったとしても、購入不可とする。本市においては、汚損による同一種目は認めていない。
	1階と2階の両方のトイレを利用するが、両方のトイレに補高便座を購入することはできるか。	同一種目・品目の福祉用具の複数購入は支給対象外である。
	退院したばかりの一人暮らしで、昼間はトイレに行けるので補高便座を購入し、夜間は足元が暗	同一種目だが、用途・目的が異なるため、購入可能である。

	<p>く、転倒の危険もあるのでポータブルトイレを購入することは可能か。</p>	
	<p>浴室と浴槽内の段差を解消するために「浴室内すのこ」と「浴槽内すのこ」による段差解消は認められるか。</p> <p>また、「浴室内すのこ」と「浴槽内すのこ」との段差解消はどうか。</p>	<p>同一種目だが、用途・目的が異なるため、購入可能である。</p>
	<p>入浴用いすにおいて、体格的に1つでは不安定という身体状況がある場合、2つ同時に購入することはできるか。</p>	<p>体格的に1つで不安定であれば、大きいものを購入すれば済むため、支給対象外である。</p>
同一種目の購入 (転居)	<p>転居により住環境が変わり、今まで使っていた福祉用具では対応できなくなった。同一品目を再度購入することは可能か。</p>	<p>転居等の居住環境の変化に伴い、用具のサイズで支障が生じ、その用具を使用できなくなった場合においては、同一品目を再度購入することは可能である。</p> <p>これは、用具のサイズで支障が生じ、その用具を使用できなくなった場合に限定するものであり、「転居」イコール「同一品目の再購入可」ではないため、転居等の前に購入した福祉用具が使用できるような居住環境は認められません。</p>
同一種目の購入 における例外 (破損)	<p>既に購入した福祉用具の破損(一部破損を含む。)を理由とする場合の同一種目の再購入について、どのような手順を踏むべきか。</p>	<p>①必ず購入前に被保険者の身体状況や居住環境等を明確にしたうえで、破損したことがわかる写真を撮り、本市(保険者)へ相談する。</p> <p>※本市において、同一種目の再購入についての必要性や妥当性等を判断します。</p>

		<p>②部品交換が可能かどうかを購入業者やメーカー等に確認する。 ※部品交換が可能な場合は、部品交換が優先となり、部品代のみが支給対象となり、取り寄せるための送料や取替えに係る人件費は対象とならない。</p> <p>③上記の①と②を行ったうえで、部品交換が不可能な場合（部品そのものが生産終了等で手に入らない場合を含む。）は、破損としての同一種目の再購入を認めます。 ※申請時には破損したことがわかる写真と、部品交換が可能かどうかを問い合わせた内容や結果を明記したケアプランやサービス担当者会議録（4表）を添付することが必要です。</p>
	<p>既に購入した福祉用具が破損し、部品交換を伴わない修理を行った場合は、支給対象となるか。 （例）浴槽内いすの脚部接続部分の接合など</p>	<p>本市において部品交換を伴わない修理を行う場合は、介護保険の支給対象とはならず、全額自己負担となる。</p> <p>介護保険における福祉用具購入費の支給対象は、福祉用具そのものの費用（破損の場合は部品代のみ）であり、今回のケースの場合、購入費の対象範囲を逸脱しているため、対象外である。</p>

(2) 介護保険特定福祉用具購入費支給の購入品の種類ごとの質問と回答

項目	質問	回答
腰掛便座	<p>腰掛便座の範囲は、家具調のもの、ウォームアップ機能付きのものなど高額なものもあるが、特に制限はないか。</p>	<p>家具調のもの等、金額にかかわらず、利用者が選択すれば給付対象として差し支えない。</p>
	<p>水洗式ポータブルトイレで、居室において利用可能なものは特定福祉用具購入の対象となるか。</p>	<p>国通知により、対象となる福祉用具にあうことから、対象とする。ただし、設置に要する費用は対象外。</p>
<p>洗浄機能付き腰掛便座（ウォシュレット付き補高便座）</p>	<p>ウォシュレット付き補高便座は福祉用具の購入対象となるか。</p>	<p>原則、テクノエイド協会で福祉用具購入の対象となっている商品の場合、支給対象とする。</p> <p>テクノエイド協会の対象となっていない場合、ウォシュレットと補高便座が一体型の場合は、補高便座のみを支給対象とする。</p> <p>なお、補高便座については、あくまでも「補高を目的」としている場合に支給対象となるので、洗浄機能のみを目的とした場合は支給対象とならない。</p> <p>※ウォシュレットの他、暖房、消臭機能の場合も同様の取扱いとする。</p>
<p>腰掛便座のリモコン</p>	<p>腰掛便座の壁リモコンについては、介護保険給付の対象となるか。</p>	<p>壁リモコンについては、腰掛便座としての種目に該当しない機能であるので、腰掛便座部分とリモコン部分とに分けることができる場合には、腰掛便座部分のみが給付対象となり、壁リモコン部分については給付対象とならない。</p>
<p>自動排泄処理装置の交換可能部品</p>	<p>尿瓶を特殊尿器として福祉用具購入費の支給対象とすることは可能か。</p>	<p>自動排泄装置については、「尿又は便が自動的に吸引されるもの」としているため、尿瓶は給付対象とならない。尿又は便が自動的に</p>

		吸引されないもの(手動式のもの)についても支給対象とはならない。
	自動排泄処理装置の交換可能部品として、パッドは保険給付の対象となるか。	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、専用シート等の関連製品は対象外です。 ※自動排泄処理装置の本体部分は福祉用具貸与の対象種目となり、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は購入対象となる。
入浴補助用具 (浴槽用手すり)	浴槽と天井と床の3点を固定する手すりとその手すりに取り付けるフープ上の手すりは対象となるか。	浴槽用手すりについては、「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」とあり、この基準に該当すると判断できるため支給対象とする。 ※テクノエイド協会 HP にも特定福祉用具(入浴補助具)としてあり。
入浴補助用具 (浴槽内いす)	浴槽内いすを、浴槽の内用と外用で1台ずつ購入し、踏み台として使用することは可能か。	同一商品は基本不可であり、浴槽内いすを踏み台として使用することは本来の使用方法ではないため、浴槽内いすの外用での購入はできない。
	浴槽内いすの取扱説明書において、踏み台としての利用が認められているものがあるが、このような場合、浴槽外において段差解消を図る目的として使用することは介護保険の給付対象となるか。	取扱説明書において、踏み台としての利用が認められていても、これは製品の機能の話であり、浴槽内いすを本来の使用目的と異なる、浴室の段差解消に使用することは介護保険の支給対象外となる。

	<p>浴槽内いすの脚部に滑り止めマットが付いた製品は福祉用具の支給対象か。</p>	<p>滑り止めマット自体は給付対象種目ではない機能のため、浴槽内いすの部分と滑り止めマット部分が分けられる場合は、浴槽内いすの部分のみが給付対象となる。</p>
<p>入浴補助用具 (浴室内すのこ)</p>	<p>浴室内すのこの購入で、市販のものではサイズが合わないため、業者に作ってもらうこと（オーダーメイド）は可能か。また、オーダーメイド製品購入時の注意点は何かあるか。</p>	<p>オーダーメイドは可能とする。 支給申請時に製品の写真と見積書が必要です。（写真については既製品を少し加工した程度なら既製品のカタログでも可能とする。） また、作成業者は事業所認定を受けていなくても構わないが、必ず販売は認定業者が行い、領収証及び申請書には当該認定事業所のものとする。</p>
	<p>浴室内すのこ等、既製品では対応できない特定福祉用具購入費に係る福祉用具を本人又は家族等が製作した場合、「居宅介護住宅改修費及び居宅支援住宅改修費の支給について（平成12年3月8日老企第42号老人保健福祉局企画課長通知）」3.(4)被保険者自らが住宅改修を行った場合と同様に、材料の購入費を支給対象として良いか。</p>	<p>材料の購入費を支給対象として差し支えない。 なお、特定福祉用具購入費において、本人又は家族等以外が製作したオーダーメイドの福祉用具についても、支給対象となる。この場合、材料から製品が出来上がるまでの費用（材料費から加工・組み立て費まで）が支給対象となる。</p>
<p>入浴補助用具</p>	<p>段差解消を目的とした「滑り止めマット」や浴槽内の高さを調整するための「滑り止めマット（浴槽用）」は特定福祉用具購入の対象となるか。</p>	<p>「滑り止めマット」については、浴室内すのこに該当しないため、特定福祉用具購入の対象外となる。</p>
<p>入浴補助用具 (簡易浴槽の範囲)</p>	<p>利用者の方が寝たまま利用できる組立式の洗髪器は、簡易浴槽に含まれるか。</p>	<p>部分浴に係る器具（洗髪器や足浴器）は、簡易浴槽には含まれず、給付対象とは認められない。</p>

6. 参考文献

- (1) 介護保険法
- (2) 介護保険法施行規則
- (3) 韮崎市介護保険福祉用具購入費受領委任払制度実施要綱
- (4) 介護保険における福祉用具（厚生労働省ホームページより）
- (5) 福祉用具貸与・販売の流れ（厚生労働省ホームページより）