

介護保険福祉用具購入について

[令和5年8月版]

1. 対象者

要支援又は要介護の認定を受けた者で、日常生活の自立を助けるために特定福祉用具が必要と認められる者

2. 支給対象となる福祉用具の種類

(1) 腰掛便座・・・次のいずれかに該当するもの

和式便座の上に置いて腰掛式に変換するもの

洋式便座の上に置いて高さを補うもの

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

便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（居室において利用可能であるものに限る）

ウォシュレット付便座、暖房機能付便座、脱臭機能付便座等のオプションについては標準機能部分の金額のみの承認とし、差額部分は自己負担となります。

(2) 入浴補助用品・・・

座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって、次のいずれかに該当するもの

	品 目	内 容
1	入浴用いす	座面の高さが概ね35センチ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
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	入浴台	浴槽の縁にかけて利用する台であって、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	浴槽の中において、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	身体に直接巻き付けて使用するもので、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

(3) 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、専用シート等の関連製品は対象外

(4) 簡易浴槽

空気式又は折り畳み式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のための工事を伴わないもの

(5) 移動用リフトの吊り具部分

身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なもの。

(6) 排泄予測支援機器

利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に自動で通知するもの。

専用ジェル等装着の都度消費するもの及び専用シート等の関連製品は対象外

3. 支給対象となる福祉用具の販売事業者

都道府県等の指定を受けた指定特定福祉用具販売事業者から購入した福祉用具のみが支給対象となります。指定事業者以外から購入した場合は、介護給付対象外となりますので、購入前に販売事業者が指定を受けているかを必ずご確認ください。

4. 支給限度基準額等

(1) 支給限度基準額 : 10万円

(2) 支給限度額管理 : 4月1日から翌年3月31日までの期間で10万円
同一種目は1回のみでの給付とし、破損・身体状況の著しい変更等、給付を受けた物品での対応が困難な場合
(破損の場合は、事前申請時に写真を添付すること)

(3) 保険給付額 : 申請者の負担割合により9割～7割給付になります。
ただし、申請者に給付額の減額が適用されている場合は、7割又は6割給付となります。
(例) 10万円を超える購入の場合は、負担割合が1割の方は9割(9万円)の給付となり、残りが自己負担額

5. 申請方法及び提出書類

はじめに、事前申請書類を提出し、市の承認がおりた後に物品を購入します。購入後、事後申請書類を提出してください。

(償還払い方式₁又は受領委任払い方式₂により、事後申請の流れが異なります。)

1 償還払い方式 : 申請者が全額を支払った後、市から介護給付該当額を支給する方式

2 受領委任払い方式 : 本市への受領委任払い登録事業者からの購入時に、申請者は本人負担額を支払い、介護給付該当額を市か登録事業者へ支払う方式
(本市への受領委任払いの登録については、事業者による登録手続きが別途必要となります。)

【事前申請（償還払い・受領委任払い共通）】 購入前に必ず申請してください。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に係る事前確認書類 **別紙 1**

介護支援専門員もしくは地域包括支援センターの担当職員、福祉用具専門相談員による作成

購入品見積書

購入品のパンフレット・・・コピー可

居宅（介護予防）サービス計画又は特定（介護予防）福祉用具販売計画（排泄予測支援機器のみ）医学的所見を確認した書類等

給付対象として適当かを確認し、上限額・支給実績等を確認した後、書面にて通知します。通知後に購入してください。

【事後申請】購入後、支給申請をしてください。

ア．償還払い方式

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書 **別紙 2**

本人負担額の領収証原本

原本を提出できない場合は、原本を提示の上、写しを提出

イ．受領委任払い方式

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書 **別紙 2**

本人負担額の領収証原本

原本を提出できない場合は、原本を提示の上、写しを提出

受領委任払い制度による事業者受領額内訳（福祉用具） **別紙 3**

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書の提出は、サービス提供のあった月（領収証の日付の属する月）の翌月15日までに行ってください。

福祉用具購入後、特段の理由がなく、支給申請書の提出が遅れる事業者につきましては、受領委任払いの登録を抹消します。

6．注意事項

介護保険認定申請前に購入した福祉用具については認められません。

介護保険認定申請期間中の福祉用具購入の申請について

・認定申請中は、原則、事前申請のみ受け付け、認定の結果後、福祉用具を購入するようにしてください。（認定結果が出る前に必要な場合は、相談してください。）

・認定の結果、「非該当」の場合は支給対象外（全額自己負担）となります。

認定者が既に購入した後の福祉用具購入費の申請については受け付けません。

入院・入所中の申請は、事前申請のみ行い、退院・退所を確認した後、福祉用具を購入してください。

同一物品の再購入の場合は、破損した用具の写真を添付してください。

すのこ購入の場合は、現場写真を添付してください。

排泄予測支援機器の販売にあたり、特定福祉用具販売事業者は以下のいずれかの方法により医学的所見（居宅要介護者等の膀胱機能）を確認する必要がありますので、確認した書類を事前申請の際に添付してください。

介護認定審査における主治医の意見書
サービス担当者会議等における医師の所見
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
個別に取得した医師の診断書 等

また、「市町村は利用者の状態像などに応じて事実関係の聴取を実施すること」とされていますので、提出資料や利用者の状態像によっては、確認調書の提出を求められることがあります

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に係る事前確認書類

被保険者番号																			提出日	年	月	日
フリガナ																生年月日	年	月	日			
被保険者氏名																						
住所	〒																					
要介護度	要支援 1 ・ 2										要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											
居宅介護支援 事業所等名 1																						
	事業所名称															電話番号		-	-			
福祉用具販売 事業者名																						
購入品目 2	福祉用具種目																					
	腰掛便座 特殊尿器 排泄予測支援機器 簡易浴槽 移動用リフトの吊り具部分 入浴補助用具（ 入浴用いす 浴槽用手すり 浴槽内いす 入浴台 浴室内すのこ 浴槽内すのこ 入浴用介助ベルト ）																					
	福祉用具名																					
	購入予定日			年			月			日												
見積金額（合計）			円																			
福祉用具が 必要な理由 3																						
書類作成者	作成者氏名																					
	所属事業所																					
	電話番号			-																		
	資格			介護支援専門員 福祉用具専門相談員 その他（)																		

- 1 居宅（介護予防）サービス計画がない被保険者の場合は記載不要です。
- 2 購入品目が複数ある場合は、種目、用具名をそれぞれ記載してください。また、購入予定日が未定の場合は記載不要です。
- 3 具体的な疾病名と身体状況の詳細を記載してください。また、居宅（介護予防）サービス計画又は特定（介護予防）福祉用具販売計画を添付した場合であって、その記載により福祉用具が必要であると認められる場合は、記載は不要です。ただし、保険者の判断により、記載内容で福祉用具が必要であると認められない場合もあります。

第 60 号様式（別表第 3 関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		1 1 2 2 4 3									
	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	年 月 日		負担割合		1割		2割		3割			
住 所	〒											
電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者及び販売事業者名 (販売事業者指定事業者番号)				購入金額		購入日				
		製造： 販売：				円		年 月 日				
		製造： 販売：				円		年 月 日				
		製造： 販売：				円		年 月 日				

(宛先)
戸田市長

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。

年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

印

- 注意 ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・裏面の「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。

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	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金						
					2 当座預金						
					3 その他						
フリガナ 口座名義人											

受領委任払い登録業者が受領する場合は、口座振込依頼欄の記載は不要です。

保険者記入欄 記入しないでください。

購入金額合計	円	保険給付対象額(上限額)	円
自己負担額合計	円	支給決定金額	円
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	備考	

福祉用具が必要な理由

委 任 状

年 月 日

(宛先) 戸田市長

私が支払いを受ける介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について、下記の者に受領を委任します。

委任者 (申請者)	住所
	氏名 印
受任者 (口座名義人又は受領 委任払い登録事業者)	住所又は 法人住所
	法人名
	氏名又は 代表者職氏名

注意 ・この委任状欄は、表面の「口座振込依頼欄」が本人以外の方になる場合又は受領委任
払い方式で福祉用具の購入をした場合に記載が必要です。
・「法人名」は個人が受任者の場合は記載不要です。

(領収証添付欄)

年 月 日

受領委任払い制度による事業者受領額内訳(福祉用具)

サービス提供月 月分

No.	利用者氏名	要介護度	負担割合	購入日 (領収証の日付)	購入品目	商品名	保険対象分 ()	利用者負担額 ()	事業者受領額 (-)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
合計							円	円	円

注意事項

要介護度及び負担割合は、「介護保険被保険者証」及び「介護保険負担割合証」にて必ず確認し、記載してください。

代表者印の押印の必要はありません。

一人の被保険者に対して複数の福祉用具の販売を行った場合は、福祉用具ごとに記載してください。

サービス提供月(領収証の日付の属する月)の翌月の15日までに提出してください。(特段の理由がなく提出が遅れることが頻繁にある場合は、受領委任払い登録事業者の登録を抹消します。)

法人名

法人住所

事業所名

事業所住所

法人代表者職氏名

法人名と事業所名、法人住所と事業所住所が同一の場合は、「事業所名」及び「事業所住所」の記載は省略できます。