

介護保険 福祉用具購入費支給の手引き

目 次

介護保険福祉用具購入費支給申請書類提出早見表	1p
介護保険福祉用具購入費支給制度について	2p～3p
介護保険福祉用具購入受領委任払について	4p
介護保険福祉用具購入手続きのながれ	5p
福祉用具購入費支給申請書類について	6p～11p

福祉用具購入費支給申請提出書類早見表

	書類を準備・作成される方		ページ数
	ケアマネ 及び家族	福祉用具 取扱事業者	
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）	○		6～7p
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）※1	○		9～10p
受領委任払の承諾書※1	○		8p
購入品等のカタログの写し		○	11p
領収書		○	11p
ケアプラン	○		11p
生活保護担当者へ 提出した書類の写し※2	○		11p

※1 受領委任払を利用する場合に、必要な書類です。

※2 被保険者が生活保護受給者の場合、必要な書類です。

介護保険福祉用具購入費支給制度について (特定福祉用具販売)

1 介護保険福祉用具購入費支給制度とは

要介護・要支援認定を受けている被保険者が心身や住宅の状況等から、都道府県知事の指定を受けた福祉用具販売事業所から日常生活の自立を助けるために必要となる特定の福祉用具購入を購入した場合、対象要件を満たした福祉用具購入にかかる費用の7割から9割を助成するもの。

2 給付対象となる福祉用具の種類

(1) 腰掛便座

ポータブルトイレ・補高便座・和式トイレに設置するものなど

(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品

自動排泄処理装置の尿や便の経路となる部品部分

(3) 入浴補助用具

入浴用手すり・浴槽用手すり・浴槽内いす・入浴介助ベルトなど

(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

(5) 移動用リフトのつり具の部分

移動用リフトに連結可能なもの

3 対象要件

宇城市の被保険者であり、以下の要件を満たす方が、福祉用具購入費支給の対象となります。

都道府県知事の指定を受けた福祉用具販売事業所以外から購入した場合は対象ではありません。

- ① 要介護認定を受けており、認定有効期間内である。
- ② 介護保険被保険者証に記載されている住所地に、実際に居住している。
- ③ 介護保険施設または医療機関を退所・退院し。
- ④ 購入品が介護保険制度の給付対象であり、支給申請関係書類に福祉用具購入の必要性について記載されている。

※ 受領委任払制度を利用する場合は要件が異なります。4ページ目を参照ください。

また、次に掲げる場合のいずれかの該当するときは、事前に宇城市へ相談してください。

- ① 福祉用具販売価格が5万円を超える場合
- ② カタログに掲載されていないオーダーメイド品を購入する場合
- ③ 同一種目を再購入する場合（3ページ目を参照ください）

4 支給について

(1) 支給限度基準額

申請上限額 10万円 ※同一年度内（4月1日～翌年3月31日）で翌年度はリセットされる
（1割負担の場合の内訳：介護保険給付上限額 8万円、自己負担額 2万円）

申請上限額10万円の範囲内であれば、何回かに分けて、申請することもできます。

(2) 支給方法

福祉用具購入の保険給付は、被保険者にいったん費用の全額を支払っていただき、申請により、保険給付対象費用内で原則9割分が払い戻される「償還払い方式」と、被保険者が保険給付分の受領を販売業者に委任することにより、被保険者は販売業者に負担割合に応じた額を支払い、保険給付分を市から直接販売業者へ支払う「受領委任払い方式」があります。

※ 受領委任払制度を利用する場合は、4ページ目を参照ください。

5 留意事項

(1) 同一種目の福祉用具の再購入について

過去に福祉用具購入費の支給を受けた福祉用具の種目については、破損した場合や心身の状態の変化により機能の追加が必要な場合などを除き、福祉用具購入費の支給対象とはなりません。

劣化や破損、その他やむを得ない理由がある場合は、その理由が分かる写真（劣化・破損した部分の写真）と理由書を添付して、事前申し出をお願いします。

事前の申し出もしくは下記書類の提出がない場合は、全額自己負担になる場合があります。

なお、部品交換でまかなえるのは部品等の交換を優先してください。

また、単なる経年劣化だけでは支給対象とはなりません。

① 部品交換により使用継続が可能な場合（原則）

- ・理由書に部品交換が必要な明確な理由を記載してください。
- ・部品交換のカタログや部位交換前の写真を提出してください。

② 部品交換が不可能で使用継続には再購入が必要な場合

- ・理由書に再度購入しなければならない明確な理由を記載してください。
また、理由書に部品交換が不可能であることを確認された内容を記載してください。
（例：●月●日、〇〇のため△△を修理不可の旨、□□（メーカー）◆◆様に確認済み）
- ・以前購入した福祉用具の写真を添付してください。
また、破損部分が分かるように撮影してください。

③ 身体状況の変化により再購入が必要な場合

- ・身体の状態等が以前と比べどのように変化したか、それによりどのような機能が必要になったかを記載してください。
- ・以前購入した福祉用具の写真を添付してください。

(2) 介護認定申請中、入院・入所中に行う福祉用具購入について

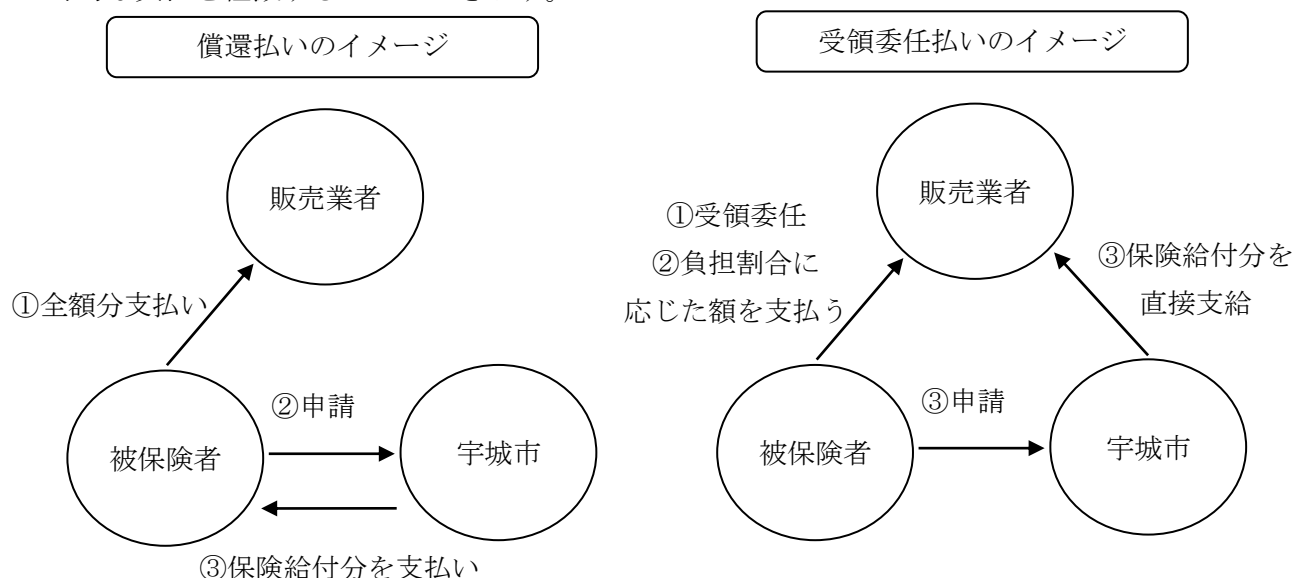
要介護または要支援の認定を受けていることが必要です。ただし、緊急を要する場合は、認定申請後、購入することは可能ですが、認定が非該当になった場合は支給できません。

また、入院・入所中で退院・退所の見込みがある場合も購入することは可能ですが、退院・退所しなかった場合は全額自己負担になります。

介護保険福祉用具購入費受領委任払について

1 受領委任払とは

被保険者が保険給付分の受領を販売業者に委任することにより、利用者は販売業者に負担割合に応じた額を支払い、保険給付分を市から直接販売業者へ支払うものです。これにより、被保険者の一時的な負担を軽減することができます。



2 対象要件

(1) 販売業者

福祉用具購入の受領委任払を利用する場合は、「宇城市介護保険福祉用具購入受領委任払事業者」に登録された販売業者（以下「受領委任払登録事業者」という。）による福祉用具購入でなければなりません。

別表の宇城市介護保険福祉用具購入受領委任払事業者一覧を参照ください。

(2) 被保険者

宇城市の被保険者であり、以下の要件を満たす方が、受領委任払を利用できます。

- ① 被保険者証に、支払い方法変更や保険給付一時差止め、給付減額の記載がない。
(40～64歳の2号被保険者も含む。)
- ② 介護保険料（徴収する権利が消滅した介護保険料を含む。）の滞納がない。
- ③ 介護保険施設に入所中又は医療機関に入院中でない。

3 留意事項

福祉用具購入の受領委任払を利用する被保険者は、受領委任払登録事業者へ福祉用具購入に係る支給の申請及び受領に関する権限を委任することを示す「宇城市介護保険福祉用具購入受領委任払承諾書（以下「受領委任払承諾書」という。）」に必要事項を記入して渡し、受領委任払登録事業者はその受領委任払承諾書を確認したうえで宇城市へ提出してください。

介護保険福祉用具購入手続きのながれ

1 相談

対象要件を満たす被保険者は、介護支援専門員等に相談します。

2 販売業者の選定

施行業者を選定し、施行業者に福祉用具購入に係る関係書類等を依頼します。

※ 受領委任払を利用する場合は、選択できる販売業者が決まっているので注意してください。

3 支給申請

次の書類を提出し、福祉用具購入費を支給申請します。書類の提出は介護支援専門員等に依頼できます。

- 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（償還払用又は受領委任払用）
- ② 福祉用具購入が必要な理由書
- ③ 領収書（宛名は被保険者本人）
- ④ 受領委任払の承諾書（受領委任払を利用する場合）
- ⑤ ケアプラン（他にサービスの利用がなく、福祉用具購入のみの場合は不要）
- ⑥ 購入品等のカタログの写し

4 支給申請書類の審査、決定、支給

受理した支給申請書類を審査し、問題が無ければ支給決定後に、「福祉用具購入費支給決定通知」を償還払いの場合は申請者（被保険者）に、受領委任払いの場合は販売業者宛に送付します。

福祉用具購入費は、申請書に記載された金融機関口座に振り込みます。

申請から支給決定まで、およそ2～3ヵ月程度かかります。

福祉用具購入費支給申請書類について

◎ 基本的には福祉用具購入後に必要書類とともに提出します。

1 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入支給申請書

【償還払用】

被保険者氏名 … 被保険者の氏名を記載します。

被保険者番号 … 介護保険被保険者証の被保険者番号を記載します。

生年月日 …… 被保険者の生年月日を記載します。

性別 …… 被保険者の性別を囲みます。※必須ではないため空欄でも可です。

住所 …… 被保険者の住所及び電話番号を記載します。

福祉用具名 …… 種目名及び商品名を記載します。

製造事業者名等…製造事業者名及び販売業者名を記載します。

購入金額 …… 福祉用具購入にかかった費用を記載します。

購入日 …… 福祉用具購入費の支払日（＝領収日）を記載します。

日付 …… 申請年月日を記載します。

住所 …… 申請者の住所を記載します。

氏名 …… 申請者の氏名を記載します。

印 …… 申請者が記名されない場合は押印します。

電話番号 …… 申請者の電話番号を記載します。

◆口座振込依頼欄

金融機関 …… 申請者名義の振込先口座の金融機関を記載します。銀行、金庫、組合の該当する名称を囲み、金融機関コード及び店舗コードを記入します。

種目&口座番号 … 該当する種目を囲み、振込先の口座番号を右詰めで記入します。

口座名義人 …… 口座名義人の氏名及びフリガナを記入します。

◆福祉用具が必要となる理由書

特定福祉用具の種目 … 購入する特定福祉用具の種目を記載します。

用具を必要とする理由（詳しく） … 利用者の心身の状態を踏まえ、用具を必要とする理由を記載します。

勤務先名 …… 理由書を作成した介護支援専門員の勤務先を記載します。

勤務先住所 …… 理由書を作成した介護支援専門員の勤務先住所を記載します。

介護支援専門員氏名 … 理由書を作成した介護支援専門員の氏名を記載します。

※ 留意事項

・文字や数字を訂正する場合は、必ず訂正印等を用いて、訂正してください。

記載例

様式・具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

フリガナ	ウキ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	宇城 太郎	個人番号										
生 年 月 日	明・大・昭 9年 9月 9日生	性 別	男 ・ 女									
住 所	〒999-9999 宇城市松橋町大野85 番地 電話番号 0964-99-9999											
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売業者名		購入金額		購入日							
シャワーチェア	〇〇製造 / △△販売		20,000 円		●月●日							
福祉用具が 必要な理由	福祉用具が必要となる理由書「様式・具2」を添付											
宇城市長 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。 平成 23年 12月 19日 住所 宇城市松橋町大野85 番地 申請者 氏名 宇城 太郎 電話番号 0964-99-9999 ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。												

注意・この申請書の裏面に、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。

- ・「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ください。欄内に記載が困難な場合は裏面に記載してください。

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・農協 信金・信連 信組・労金	店 支 所	種目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	9	9	9	9	9	9	9	
	9 9 9 9	9 9 9	2 当座預金								
			3 その他								
	ゆうちょ銀行		の								
フリガナ 口座名義人	ウキ タロウ 宇城 太郎										

												様式・具2	
フリガナ	ウキ タロウ		被保険者番号		9	9	9	9	9	9	9	9	9
被保険者名	宇城 太郎		個人番号										
生年月日			T9 年 9月 9日										
住所	〒999-9999 宇城市松橋町大野85番地 電話番号 99-9999												

福祉用具が必要となる理由書													
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特定福祉用具の種目	福祉用具を必要とする理由(詳しく)
	課題やニーズ(本人等の意向、解決すべき困難な状況:身体・認知機能・家族等介護者など)から目的や改善点(日常生活をどう変えたいか、期待する効果や改善する動作)を詳しく記載してください。

R2年 2月 2日													
上記のような理由により特定福祉用具の購入が必要となります。													
勤務先名	△△販売												
勤務先住所	宇城市△△町◆◆番地												
介護支援専門員名	8 宇城 次郎												

【 受領委任払用 】

被保険者氏名 … 被保険者の氏名を記載します。
被保険者番号 … 介護保険被保険者証の被保険者番号を記載します。
生年月日 …… 被保険者の生年月日を記載します。
性別 …… 被保険者の性別を囲みます。※必須ではないため空欄でも可です。
住所 …… 被保険者の住所及び電話番号を記載します。
福祉用具名 …… 種目名及び商品名を記載します。
製造事業者名等…製造事業者名及び販売業者名を記載します。
購入金額 …… 福祉用具購入にかかった費用を記載します。
購入日 …… 福祉用具購入費の支払日（＝領収日）を記載します。
日付 …… 申請年月日を記載します。
住所 …… 申請者及び事業者の住所を記載します。
氏名 …… 申請者の氏名を記載します。
名称 …… 事業者の名称を記載します。
代表者氏名 …… 事業者の代表者氏名を記載します。
印 …… 申請者が記名されない場合は押印します。
電話番号 …… 申請者及び事業者の電話番号を記載します。

◆口座振込依頼欄

金融機関 …… 事業者名義の振込先口座の金融機関を記載します。銀行、金庫、組合
の該当する名称を囲み、金融機関コード及び店舗コードを記入します。
種目&口座番号 … 該当する種目を囲み、振込先の口座番号を右詰めで記入します。
口座名義人 …… 口座名義人の氏名及びフリガナを記入します。

◆福祉用具が必要となる理由書

特定福祉用具の種目 … 購入する特定福祉用具の種目を記載します。
用具を必要とする理由（詳しく） … 利用者の心身の状態を踏まえ、用具を必要とする
理由を記載します。
勤務先名 …… 理由書を作成した介護支援専門員の勤務先を記載します。
勤務先住所 …… 理由書を作成した介護支援専門員の勤務先住所を記載します。
介護支援専門員氏名 … 理由書を作成した介護支援専門員の氏名を記載します。

記載例

様式第21号の2(第20条関係)															様式・具2						
介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受任払用)																					
フリガナ		ウキ タロウ			被保険者番号			9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
被保険者名		宇城 太郎			個人番号																
生年月日					T9 年 9月 9日																
住所		〒999-9999 宇城市松橋町大野85番地 電話番号 99-9999																			
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造事業者名及び 販売事業者名				購入金額				購入年月日									
シャワーチェアー				〇〇製造 / △△販売				20,000円				R2年 2月 2日									
								円				年 月 日									
								円				年 月 日									
福祉用具が必要な理由					福祉用具が必要となる理由書「様式・具2」を添付																
宇城市長 様 上記のとおり関係書類を添えて、当該申請書に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書及び給付費の受領に関する一切の権限を下記の事業者委任します。 R2 年 2月 2日 住所 宇城市松橋町大野85番地 申請者 氏名 宇城 太郎 電話番号 99-9999 ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。																					
(受任者記入欄:福祉用具販売事業者) 私は上記被保険者からの委任を受け、宇城市から支給される上記支給申請書内容に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。なお、給付費の受領に当たっては、下記の金融機関へ口座振り込みをお願いします。 R2 年 2月 2日 住所 宇城市△△町◆◆番地 事業者 名称 △△販売 代表者氏名 宇城 花子 電話番号 88-8888 ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。																					
注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。 ・「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ください。																					
口座振込 依頼欄		☐ 銀行 ☐ 農協 ☐ 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		9	9	9	9	9	9	9			
		9	9	9	9	9	9	9													
		ゆうちょ銀行																			
		フリガナ				ウキ タロウ															
		口座名義人				10				宇城 太郎											

2 受領委任払の承諾書

- (1) 受領委任払登録事業者もしくは介護支援専門員等は、宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払承諾書を宇城市へ提出します。
- (2) 宇城市は書類を確認し、福祉用具購入を実施する被保険者が対象要件に当てはまるか確認します。
当てはまらない場合は償還払になるので、被保険者及び書類を提出された方へ電話等で連絡します。

3 購入品等のカタログの写し

対象となる福祉用具については、定価の表示があるカタログ類等の写しの当該品の箇所にマーキングしたものを添付します。
オーダー品の場合は、設計図等のオーダー品の詳細がわかるものを添付します。

4 領収書

- (1) 宛名は**被保険者の方の氏名**が記載されている場合が支給の対象となります。（姓のみ、上様等は不可）
- (2) 額面は被保険者が販売業者又は受領委任払登録事業者へ支払った金額を記載します。
複数の福祉用具を購入した場合は、福祉用具ごとに領収書を発行してもらうか、金額をまとめたうえで内訳が分かるような記載がある領収書を発行してもらうよう、依頼してください。

5 ケアプラン

福祉用具購入以外にもサービス利用がある場合は、福祉用具購入の計画が記載されているケアプラン（1表～3表）を添付してください。福祉用具購入のみの利用の場合は不要です。

6 生活保護担当者へ提出した書類の写し

福祉用具購入を実施する被保険者が生活保護受給者の場合は、生活保護担当者の事前の承認が必要です。承認後に、上記1～5の書類に併せて、生活保護担当者へ提出した書類の写しも添付します。