

介 護 保 険

福祉用具購入費支給申請の手引き

指宿市健康福祉部国保介護課介護保険係

令和6年4月

目次

第1節 介護保険制度の基本理念と福祉用具購入費給付の基本的な考え方.....	3
1 基本理念.....	3
2 支給要件.....	3
3 支給限度額.....	3
4 福祉用具購入の流れ.....	4
5 注意点.....	4
第2節 厚生労働省が定める特定福祉用具の種目.....	5
1 特定福祉用具の種目.....	5
2 腰掛便座.....	5
3 自動排泄処理装置の交換可能部品.....	5
4 排泄予測支援機器.....	6
5 入浴補助用具.....	6
6 簡易浴槽.....	6
7 移動用リフトのつり具の部分.....	6
8 スロープ.....	6
9 歩行器.....	7
10 歩行補助つえ.....	7
11 複合的機能を有する福祉用具で二つ以上の機能を有する福祉用具.....	7
第3節 申請.....	8
1 申請に必要な書類.....	8
2 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書.....	8
3 領収書.....	8
4 カタログ等の写し.....	8
5 福祉用具利用計画書の写し.....	9
6 介護保険被保険者証又は健康保険被保険者証等の被保険者の身分確認証.....	9
7 医学的な所見の確認できる書類の写し（※排泄予測支援機器のみ）.....	9
8 指宿市長宛の請求書.....	9
別添 介護保険福祉用具購入費支給申請様式集	
居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書.....	11
居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（記入例）.....	12
委任状.....	13
排泄予測支援機器確認調書.....	14
請求書.....	15
請求書（記入例）.....	16
介護保険給付費受領に関する申立書.....	17

第1節

介護保険制度の基本理念と福祉用具購入費給付の基本的な考え方

1 基本理念

介護が必要な状態となっても、その方の状況に応じた適切なサービスを利用しながら、在宅において自立した生活を送ることができるようにすることにあります。高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らすためには、在宅生活を支えるサービスが適切に提供されるとともに、身体状況に応じた住環境が整えられる必要があります。介護保険制度における福祉用具は、要介護（支援）状態の方の日常生活の便宜を図るための用具及び機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて給付の対象としています。

2 支給要件

要介護・要支援認定を受けている在宅の方が、都道府県知事等から指定を受けた指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者より購入した特定福祉用具の費用について、自己負担額（1割・2割・3割）を除いた金額を支給します。

※利用者負担の割合は、「介護保険負担割合証」で確認してください。

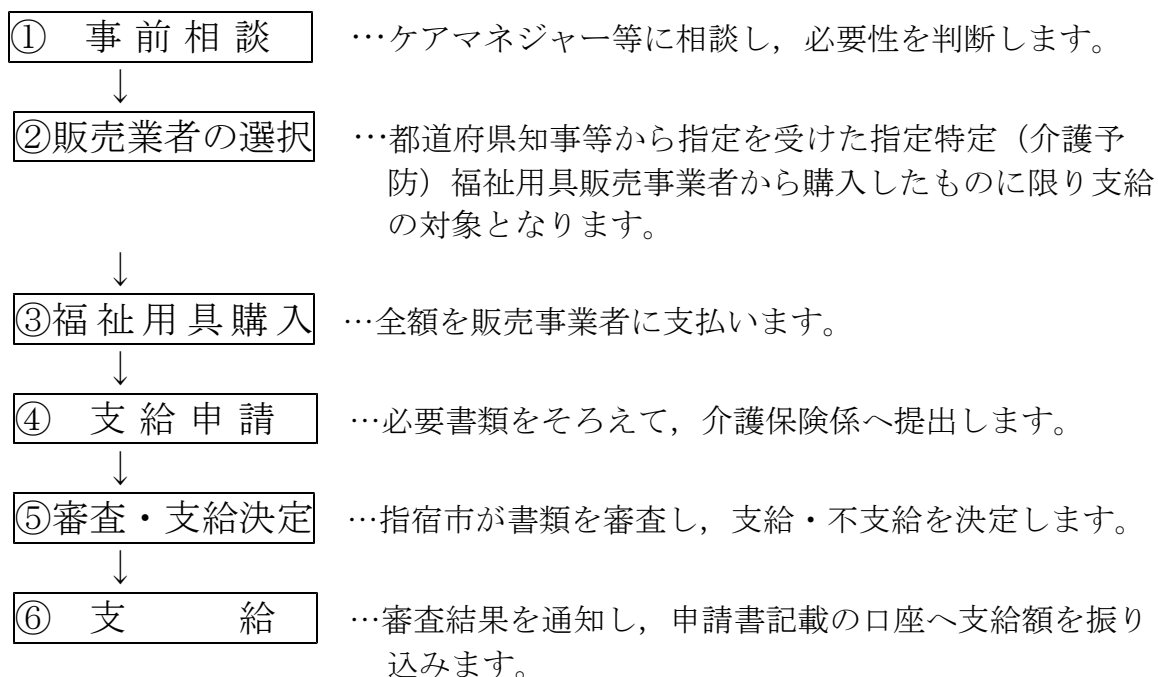
※購入費用の自己負担額は、領収書記載日における負担割合で算出します。

3 支給限度額

要介護状態区分にかかわらず、年度（4月から翌年3月）あたり10万円です。支給限度額の管理は、特定福祉用具の搬入や支給請求を行った年度ではなく、支払いが完了した年度で行います。

支給限度額の範囲内であれば、同一年度内に複数回に分けて申請することもできますが、購入額が年度内に10万円未満であっても、残額を翌年へ繰り越すことはできません。購入額の合計が10万円を超えた場合、その超えた額は全額利用者の負担になります。

4 福祉用具購入の流れ



5 注意点

これまでに購入したことのある特定福祉用具と同じ品目のものは、原則として支給対象になりませんが、以下のやむを得ない事由がある場合は、事前に市に相談することで支給対象となることがあります。

- ・身体状況が大きく変わったことにより、既存のものでは対応できなくなった場合。
- ・用途や機能が異なる場合。
- ・既存の福祉用具が破損した場合。なお、通常使用、経年劣化によらない破損や、単に古くなったことなどにより、利用者が購入を希望する場合は、支給対象にはなりません。

要介護認定等の新規申請中の利用者が購入する場合は、認定結果が出てから申請してください。ただし、認定結果が非該当となった場合は、支給対象とはなりません。

入院・入所中の利用者が購入した場合であっても、退院・退所後に使用する目的であれば、支給対象となりますが、申請は、退院・退所後に行ってください。なお、退院・退所できなかった場合や一時帰宅を目的とした購入の場合は、支給対象にはなりません。

特注品を購入する場合は、事前に市に相談してください。ただし、特注品の全体が支給対象とならないと市が判断した場合は、販売金額を支給対象額とそれ以外に按分してください。

第2節 厚生労働省が定める特定福祉用具の種目

1 特定福祉用具の種目

- (1) 腰掛便座
- (2) 自動排泄処理装置の交換可能部分
- (3) 排泄予測支援機器（購入告示第三項）
- (4) 入浴補助用具（購入告示第四項）
- (5) 簡易浴槽（購入告示第五項）
- (6) 移動用リフトのつり具の部分
- (7) スロープ（貸与告示第八項）
- (8) 歩行器（貸与告示第九項）
- (9) 歩行補助つえ
- (10) 複合的機能を有する福祉用具で二つ以上の機能を有する福祉用具

2 腰掛便座

- 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がる際に補助できる機能を有しているもの。
- 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。）但し、設置に要する費用については従来通り、法に基づく保険給付の対象とならない。

3 自動排泄処理装置の交換可能部分

自動排泄処理装置の交換可能部分（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容易に交換できるもの。

専用パット、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。

4 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除く。

5 入浴補助用具

① 入浴用いす

座面の高さが概ね35cm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を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。

6 簡易浴槽

空気又は折りたたみ式等で容易に移動できるもので、取水又は排水のための工事を伴わないもの。硬質の材質であっても、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、また、居室において必要があれば入浴が可能なものに限る。

7 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。

8 スロープ

段差解消のためのものであって、取り付けに際し工事を伴わないもののうち、主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないもの。

設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものは除く。

9 歩行器

歩行が困難なものの歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するもののうち、脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器のことで、車輪・キャスターがついている歩行車は除く。

10 歩行補助つえ

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

11 複合的機能を有する福祉用具で二つ以上の機能を有する福祉用具

- ① それぞれの機能を有する部分を区分できる場合は、それぞれの機能に着目して部分ごとに一つの福祉用具として判断する。
- ② 区分できない場合であって、購入告示に掲げる特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具として判断する。
- ③ 福祉用具貸与の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う。
但し、当該福祉用具の機能を高める外部との通信機能を有するもののうち、認知症老人徘徊感知機器において、当該福祉用具の種目に相当する部分と当該通信機能に相当する部分が区分できる場合には、当該福祉用具の種目に相当する部分に限り給付対象とする。

第3節 申請

1 申請に必要な書類

- (1) 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- (2) 領収書
- (3) カタログ等の写し
- (4) 福祉用具利用計画書の写し
- (5) 介護保険被保険者証又は健康保険被保険者証等の被保険者の身分証
- (6) 医学的な所見が確認できる書類の写し（※排泄予測支援機器のみ）
- (7) 排泄予測支援機器 確認調書（※排泄予測支援機器のみ）
- (8) 指宿市長宛の請求書（※窓口払いの方のみ）

2 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

市記入欄以外は、全て記入してください。

申請者は、被保険者本人です。振込口座も本人名義が原則となります。

被保険者本人が、購入後申請までに死亡した場合は、申請者欄には相続人代表を記入し、「介護保険給付費受領に関する申立書」を添付してください。

提出代行者が家族等の個人の場合は記名、法人の場合は、法人名及び代表者名の記名に加えて押印も必要です。

3 領収書

被保険者本人のフルネーム、購入した品目、領収日が記載されているものに限ります。同時に複数購入された場合は、それぞれの商品名と金額を内訳として必ず記入してください。

4 カタログ等の写し

商品名、価格、型番、製造事業者名が記載されているものを提出してください。特注品を購入する場合は、費用の内訳書、図面、完成品の写真を添付してください。

5 福祉用具利用計画書の写し

利用者の日常生活の自立のために、福祉用具を必要とする理由及び使用することでどのように改善できるのかを具体的に記載してください。

6 介護保険被保険者証又は健康保険被保険者証等の被保険者の身分証

提示ができない場合は、委任状が必要です。

7 医学的な所見の確認できる書類の写し（※排泄予測支援機器のみ）

主治医の意見書や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等により、被保険者の膀胱機能を確認して提出してください。

8 指宿市長宛の請求書（※窓口払いの方のみ）

請求者は申請者（被保険者）です。日付及び請求金額は記入しないでください。

【問い合わせ先】

〒891-0497

指宿市十町2424番地

指宿市健康福祉部 **国保介護課** 介護保険係

TEL：(0993)22-2111（内線253・254）

Email：kokukai@city.ibusuki.jp

介 護 保 険
福祉用具購入費支給申請
様 式 集

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	・ 大 ・ 昭 年 月												
住 所	〒										電話番号		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業所名及び 販売事業所名	購 入 金 額	購 入 日										
1		円	年	月	日								
2		円	年	月	日								
3		円	年	月	日								
福祉用具が 必要な理由													
指宿市長 様		居宅介護支援事業所等名											
		介護支援専門員等氏名											
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													
申請者	住所		電話番号										
	氏名												
提出代行者	住所		電話番号										
	氏名		印		担当								
※個人の場合は記名，法人の場合は法人名及び代表者名の記名，代表者印を押印してください。													

(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。
 ・ 「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。
 ・ 日付、被保険者情報、購入金額、口座振込依頼書の記入等に不備があった場合は申請書等の差し替えをし、申請者へその旨をお知らせください。

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 書			
銀行 金庫 農業協同組合	本店	口座	1. 普通 ・ 2. 当座 ・ 3. その他
	支店	種類	
	支所	口座	
	出張所	番号	
口座名義人		フリガナ	

(口座名義人続柄) (電話番号) (理由)

※市記入欄	書類	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不備 (給付制限	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> その他	
介護区分	基準日認定期間	過年度給付履歴	現年度給付履歴	現年度残額	負担割合		
<input type="checkbox"/> 要支援 ()	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	1・2・3 割		
<input type="checkbox"/> 要介護 ()	令和 年 月						
1	<input type="checkbox"/> 0.9 × <input type="checkbox"/> 0.8 = <input type="checkbox"/> 0.7	2	<input type="checkbox"/> 0.9 × <input type="checkbox"/> 0.8 = <input type="checkbox"/> 0.7	支給決定額			
3	<input type="checkbox"/> 0.9 × <input type="checkbox"/> 0.8 = <input type="checkbox"/> 0.7	予備	<input type="checkbox"/> 0.9 × <input type="checkbox"/> 0.8 = <input type="checkbox"/> 0.7				
				円			

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

記入例

フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日											
住所	〒																		
電話番号																			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業所名及び 販売事業所名	購入金額			購入日														
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 税込み金額を記入してください。あん分が必要な場合は、対象金額を記入してください。 </div>																			
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 搬入した日ではなく、領収日を記入してください。 </div>																			
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 書ききれない場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付 </div>																			
福祉用具が必要な理由																			
指宿市長 様	居宅介護支援事業所等名			介護支援専門員等氏名															
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																			
申請者	住所	氏名			記名														
提出代行者	住所	氏名			個人の場合は記名、法人の場合は記名押														
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 居宅介護支援専門員がいない場合は、福祉用具販売事業所名及び福祉用具専門相談員名を記入してください。 </div>																			
※個人の場合は記名、法人の場合は法人及び代表者名の記名、代表者印を押印してください。																			

- (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。
 ・「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。
 ・日付、被保険者情報、購入金額、口座振込依頼書の記入等に不備があった場合は、申請書等の差し替えをしてください。

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

本人以外の口座の場合は続柄・電話番号・理由を記入	口座振込 本 支 支 出張	フリガナ
口座名義人		
(口座名義人続柄)	(電話番号)	(理由)

※市記入欄	書類	□有 □不備	給付制限	□生保 □	その他	現年度残額	負担割合
介護区分	基準日認定期間	過年度給付履歴	現年度給付履歴	現年度残額	負担割合		
□要支援()	令和 年 月 日~	□有 □無	□有 □無	円	1・2・3	割	
□要介護()	令和 年 月 日						
1	□0.9 ×□0.8 =	2	□0.9 ×□0.8 =	支給決定額			
	□0.7		□0.7				
3	□0.9 ×□0.8 =	4	□0.9 ×□0.8 =	円			
	□0.7		□0.7				

委任状

※ この委任状は、委任者【被保険者】本人又は代筆者が自筆で記入してください。

令和 年 月 日

(提出先) 指宿市長

委任者【被保険者】

住所： _____ TEL _____
氏名： _____ (被保険者番号： _____)
生年月日： 明・大・昭 年 月 日

「私は、下記の者を代理人として下記の事項を委任します。」

代理人【委任される人】

※氏名欄：法人の場合は法人名及び代表者名を記名、代表者の押印をしてください。

住所： _____ TEL _____
氏名： _____ 印
生年月日： 大・昭・平 年 月 日 担当： _____

※法人の場合のみ記入
(福祉用具専門相談員・福祉住環境コーディネーター)

被保険者との関係： ケアマネジャー・施設職員・病院職員・配偶者・子・甥・姪・知人

「上記の手続きを行う本人が、委任状を書くことができないため、これを代筆しました。」

代筆者【代理人以外の方】

住所： _____ TEL _____
氏名： _____
生年月日： 大・昭・平 年 月 日
被保険者との関係： ケアマネジャー・施設職員・病院職員・配偶者・子・甥・姪・知人

《委任事項》 下記の該当番号を○で囲んだ申請に関すること。
※該当番号を○で囲ってください。

1. 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定申請書
2. 負担限度額認定申請書
3. 高額介護（予防）サービス費支給申請書
4. 被保険者証等再交付申請書
5. 住所地特例適用・変更・終了届
6. 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
7. 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
8. 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
9. 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
10. 居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書
11. 特定負担限度額認定申請書旧措置入所者に関する認定申請
12. 利用者負担額減額・免除等申請書（旧措置入所者に関する認定申請）
13. 基準収入額適用申請書
14. 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
15. その他（

保険者記入欄

本人確認： 個人番号カード・介護支援専門員証・運転免許証・パスポート・その他（ _____ ）

別添（排泄予測支援機器）

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。

指宿市長 殿

請求書

(介護保険特別会計)

記入例

支払額	億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ 支払額は*処理する

目的	支援・介護(居宅)	支払方法	<input type="checkbox"/> 直接払	<input type="checkbox"/> 口座振替払
	月分 福祉用具購入費		銀行名: 鹿児島・南日本・鹿信金・鹿相互信金・九州労金・鹿児島県信漁連・ゆうちょ いぶすき農協 銀行・信金・労金・農協・信漁連	
被保険者番号	2100	支店名: 指宿・指宿北・山川・大成・開聞・七八八・中部・南部・開聞中央	支店・支所・出張所・代理店・本所・本店	
		普通・当座 第 号	口座名義人	印

支払額	円	円
給付率	60 70 80 90 / 100	60 70 80 90 / 100
支給額	円	円

この2か所に押印してください。

請求者は申請者(被保険者)です。

※ 請求者とは、申請者(被保険者)を指します。

請求	年 月 日	印
住所		
氏名		

× 部分は記入不要です。

介護保険給付費受領に関する申立書

令和 年 月 日

指宿市長 殿

申立人（相続人代表）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

対象者との続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 (_____)

電話番号 _____ - _____

下記被保険者（被相続人）の死亡に伴い、介護保険法に基づいて支給される介護給付費等については、上記申立人（相続人代表）が受領するものであることを申し立てます。

なお、他の相続人から異議があったときは、私の責任において解決し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを確約いたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	年 月 日

介護保険法に基づいて支給される介護給付費については、下記の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀行・農協・信金
支 店 名	支店・支所・本店・出張所
種 別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
口 座 番 号	
フリガナ	
口 座 名 義 人	

- ※ 民法第 887～890 条に規定されている法定相続人以外の方が申立人となる場合は、公正証書（遺言書）が必要になります。
- ※ この届は、介護保険給付の請求受領に関しての届出ですので、全ての相続に影響するものではありません。
- ※ 「個人宛文書取扱いの変更連絡票」等の送付先にかかわらず、上記の申立人の住所が介護保険給付関係の送付先となります。変更を希望する場合は下記までご連絡ください。