

## 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けるには

在宅の要介護者・要支援者が、都道府県知事の指定を受けた福祉用具販売事業者から特定（介護予防）福祉用具を購入したときは、日常生活の自立を助けるために必要と認める場合に限り、福祉用具購入費を支給します。

## 《福祉用具購入費支給までの流れ》

理由書作成 ↓	介護支援専門員など、介護保険の福祉用具について専門性があると認められる者に、福祉用具の相談を行い、福祉用具が必要な理由書の作成を依頼する。 居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）に福祉用具購入が位置づけられる場合には、計画書に福祉用具を必要とする理由を記載したもの。
購入 ↓	福祉用具販売事業者に理由書を提示し、福祉用具を購入する。 販売事業者は、理由書を確認し、支給申請に必要な書類を交付するとともに、福祉用具の使用方法等の説明を行い販売する。
支給申請 ↓	福祉用具購入費支給申請書に必要な書類を添付して市へ提出する。 （日常生活の自立を助けるために必要と認められる場合に限り購入費を支給します。）
費用支払	支給申請書を提出した月の翌月末に指定の金融機関へ福祉用具購入費の内の保険給付分を振り込みます。

## 【支給申請に必要な書類】

- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書  
《複数の福祉用具を購入した場合で、購入日（領収日）の月が異なる場合は、同じ月ごとに分けて申請してください。》
- 領収証（福祉用具の品名・規格を表記したもの）
  - ※ 領収証の返却が必要な場合は、領収証の原本を提示の上コピーを提出してください。
  - ※ オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
  - ※ すのこを購入した場合は、浴室又は浴槽に敷き詰めた状態が確認できる写真を添付してください。
  - ※ 過去に同一種目の特定福祉用具を購入している場合は、前回購入した同一種目の特定福祉用具の現状写真を添付してください。
- 福祉用具購入理由書又は居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）
  - ※ 居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）については、利用者の心身の状況、改善したい日常生活の状況や介助者の状況が確認でき、自立援助を達成するために必要であることが記載されているもの。
- 福祉用具のパンフレット等福祉用具の概要を記載した書面

※ 提出していただいた書類は、貸出又は返却しませんので、必要な方は控えを取っておいてください。

## 【支給限度額】

同一年度 10 万円以内（消費税を含む。）《同一年度(4 月 1 日～翌年3月 31 日)》

## 【自己負担】

福祉用具購入費（消費税を含む。）の 1 割、一定以上所得者は 2 割または 3 割。（下記参照）

## ※利用者負担の割合

3 割	①②両方にあてはまる人 ① 本人の合計所得金額が220万円以上 ② 同一世帯の65歳以上の人(第1号被保険者)の年金収入+その他の合計所得金額が、単身世帯で340万円以上、2人以上世帯で463万円以上
2 割	3割の対象とならない方で①②両方にあてはまる人 ① 本人の合計所得金額が160万円以上 ② 同一世帯の65歳以上の人(第1号被保険者)の年金収入+その他の合計所得金額が、単身世帯で280万円以上、2人以上世帯で346万円以上
1 割	上記以外の人

《裏面に続く》

【支給対象となる特定（介護予防）福祉用具】

種 目	対象となる福祉用具の取扱いについて	
腰掛便座 (右の1～4のいずれかに該当するもの)	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。 4 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）。	
自動排泄処理装置の交換可能部品	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除かれる。	
入浴補助用具	入浴用椅子	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。
	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。
	浴槽内椅子	浴槽内において利用することができるものに限る。
	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。
	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。
	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。
	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。
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であって、取水又は排水のために工事を伴わないもの（居室において必要があれば入浴が可能なものに限る。）	
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。	

【福祉用具購入費の支払い方法】

（償還払）

利用者が福祉用具購入費の全額をいったん販売事業者に支払い、後で市に保険給付分を請求する方法。

（受領委任払）

利用者が福祉用具購入費の利用者負担分（1割・2割または3割）を販売事業者に支払い、市から保険給付分（9割・8割または7割）を販売事業者を支払う方法。

ただし、この受領委任払はすべての販売事業者が行っているわけではありませんので、販売事業者に確認してください。

【保険料滞納による保険給付の制限を受けている場合（被保険者証に記載）について】

支払い方法変更（償還払）の場合は、受領委任払の取扱いはできません。

給付額減額の場合は、

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 自己負担額が1割または2割の方 | → 保険給付対象額の3割負担        |
| 自己負担額が3割の方      | → 保険給付対象額の4割負担 となります。 |

枚方市 地域健康福祉室

長寿・介護保険担当 給付グループ

電話：072-841-1460(直通)

FAX：072-844-0315

## 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）

（宛先）

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

被 保 者	フリガナ											被保険者番号									
	氏 名																				
	生年月日	年 月 日																			
	住 所	〒 連絡先電話番号 ( )																			
険	要介護状態区分等	要支援	要介護					要介護認定・要支援認定の有効期間													
		1 2	1	2	3	4	5	~	年	月	日	年	月	日							
者	給付制限内容	□ 無 □ 有					給付制限の期間														
		※「有」の場合、内容を記入 ( )					~	年	月	日	年	月	日								
負担割合		□ 1割 □ 2割 □ 3割																			
福祉用具購入理由		別添のとおり																			
特定（介護予防） 福祉用具販売事業者の 名称及び所在地		〒 連絡先電話番号 ( )																			
		事業所番号																			
特定（介護予防）福祉用具名 （種目及び商品名）		製造事業者名				購 入 日				購入金額											
						年	月	日	円												
						年	月	日	円												
						年	月	日	円												
						購入合計金額				円											
						福祉用具購入費対象額				円											

※次の書類を添付してください。

- ①領収証（特定（介護予防）福祉用具の品名・規格を表記したもの）
  - \* 領収証の返却が必要な場合は、原本を提示の上、コピーを提出してください。
  - \* オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
  - \* すのこを購入した場合は、浴室又は浴槽に敷き詰められた状態が確認できる写真を添付してください。
  - \* 過去に同一種目の特定福祉用具を購入している場合は、前回購入した同一種目の特定福祉用具の現状写真を添付してください。
- ②特定（介護予防）福祉用具購入理由書又は当該福祉用具が必要であることが確認できる居宅（介護予防）サービス（支援）計画書
- ③特定（介護予防）福祉用具のパフレット等、当該福祉用具の概要を記載した書面
- ④委任状（本人申請以外の場合）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を、次の口座に振り込んでください。

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

※ 口座名義人と被保険者が異なるときは、下記委任欄に記名・押印してください。

委任欄	居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の受領を振込先口座欄に記載している口座名義人に委任します。
	被保険者氏名   被保険者から見た口座名義人の続柄（ ）

[枚方市記入欄]

特記事項	<input type="checkbox"/> 無	受付者	
	<input type="checkbox"/> 有（ ）		
福祉用具購入履歴	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有（ ）（残額）		

# 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

(宛先)

(受領委任払用)

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	年			月			日				
	住所	〒 連絡先電話番号 ( )										
	要介護状態区分等	要支援	要介護					要介護認定・要支援認定の有効期間				
		1 2	1	2	3	4	5	~	年	月	日	年
給付制限内容	□無 □有 ※「有」の場合、内容を記入 ( )					給付制限の期間						
						年	月	日	~	年	月	日
負担割合	□1割 □2割 □3割											
福祉用具購入理由	別添のとおり											
特定（介護予防） 福祉用具販売事業者の 名称及び所在地	〒 連絡先電話番号 ( )											
	事業所番号											
特定（介護予防）福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名					購入日			購入金額			
						年	月	日	円			
						年	月	日	円			
						年	月	日	円			
								購入合計金額			円	
								福祉用具購入費対象額			円	

※次の書類を添付してください。

①領収証（特定（介護予防）福祉用具の品名・規格を表記したもの）

- \* 領収証の返却が必要な場合は、原本を提示の上、コピーを提出してください。
- \* オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
- \* すのこを購入した場合は、浴室又は浴槽に敷き詰められた状態が確認できる写真を添付してください。
- \* 過去に同一種目の特定福祉用具を購入している場合は、前回購入した同一種目の特定福祉用具の現状写真を添付してください。

②特定（介護予防）福祉用具購入理由書又は当該福祉用具が必要であることが確認できる居宅（介護予防）サービス（支援）計画書

③特定（介護予防）福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具の概要を記載した書面

④委任状（本人申請以外の場合）



特定（介護予防）福祉用具購入理由書

フリガナ			被 保 険 者 番 号				
被保険者氏名							
生年月日	年 月 日						
住 所	〒		連絡先電話番号				
要介護認定 (該当に○)	要 支 援		要 介 護				
	1 ・ 2		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
特定（介護予防） 福祉用具種類 (該当に○)	I 腰掛便座 II 自動排泄処理装置の交換可能部品 III 入浴補助用具 1 入浴用椅子 2 浴槽用手すり 3 浴槽内椅子 4 入浴台 5 浴室内すのこ 6 浴槽内すのこ 7 入浴用介助ベルト IV 簡易浴槽 V 移動用リフトのつり具の部分						
特定（介護予防） 福祉用具購入理由							
既に購入した用具が 破損した場合、又は 介護の必要の程度が 著しく高くなった場 合、その他特別な事 情がある場合							
事業所 所在地 連絡先電話番号 作成者  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員 （保健師・社会福祉士等） <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員							

空白（裏ページ）



## 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）

（宛先）

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ											被保険者番号				
	氏名															
	生年月日	年 月 日														
	住所	〒 連絡先電話番号 ( )														
	要介護状態区分等	要支援	要介護				被保険者証で確認してください。				要支援認定の有効期間					
		1 2	1 2 3 4	年	月	日										
給付制限内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、内容を記入 ( )										負担割合証で確認してください。					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割										年	月	日			
福祉用具購入理由	別添のとおり															
特定（介護予防）福祉用具販売事業者の名称及び所在地	〒 事業所										購入月が異なるときは、申請書を別にしてください。 購入月が同じで、購入日が異なるときは、領収書を分けてください。					
特定（介護予防）福祉用具名（種目及び商品名）	製造事業者名										購入日		購入金額			
浴槽内椅子・〇〇型											領収証と同じ日付にしてください。		年	月	日	円
											年	月	日	円		
											年	月	日	円		
※次の書類を添付 対象金額または今年度の残額を記入してください。										購入合計金額		円				
										福祉用具購入費対象額		円				

①領収証（特定（介護予防）福祉用具の品名・規格を表記したもの）

- \* 領収証の返却が必要な場合は、原本を提示の上、コピーを提出してください。
- \* オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
- \* すのこを購入した場合は、すのこを添付してください。
- \* 過去に同一種別を申請した場合は、サービス計画書の場合は、①利用者の心身の状況 ②介助者の状況

③利用者の日常生活の自立援助を達成できるために必要であることを記述しているもの

②特定（介護予防）福祉用具購入理由書又は当該福祉用具が必要となること確認できる居宅（介護予防）サービス（支援）計画書

③特定（介護予防）福祉用具のパフレット等、当該福祉用具の概要を記載した書面

④委任状（本人申請以外の場合）

)

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を、次の口座に振り込んでください。

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

※ 口座名義人と被保険者が異なるときは、下記委任欄に記名・押印してください。

委任欄	居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の受領を振込先口座欄に記載している口座名義人に委任します。
	被保険者氏名   被保険者から見た口座名義人の続柄 ( )

[枚方市記入欄]

特記事項	<input type="checkbox"/> 無	受付者	
	<input type="checkbox"/> 有 ( )		
福祉用具購入履歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) (残額 )		



空白（裏ページ）

# 委任状

(あて先)

枚方市長

**被保険者本人**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給」の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

記

**代理人**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者本人との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

以 上