

介護保険

福祉用具購入の手引き

目次

■介護保険福祉用具購入費

介護保険住宅改修費支給制度

1. 福祉用具購入費の概要 P 1
 2. 対象となる福祉用具購入の種類及び内容..... P 2
 3. 福祉用具購入費の給付の流れ P 3
- 申請書類等の記入例 P 4

上尾市健康福祉部高齢介護課

給付適正担当

令和5年5月作成

■介護保険福祉用具購入費

1. 介護保険福祉用具購入の概要

介護保険の「福祉用具購入費」の概要は以下の通りです。

項目	内容
支給対象者	<p>介護保険の要支援・要介護認定を受けた者。</p> <p>※要支援・要介護認定申請中に福祉用具購入を行う場合には、認定後に福祉用具購入費を支給します。 (認定結果が非該当になった場合は支給しません。)</p>
対象となる福祉用具	<p>都道府県知事から指定を受けた特定福祉用具販売事業者から購入した日常生活の自立を助ける福祉用具が保険給付の対象となります。また、特定福祉用具販売事業者であっても、福祉用具専門相談員の助言を受けないで、インターネット・通信販売等で購入した場合は、保険給付の対象外です。</p>
申請の種類	<p>次の2種類のいずれかを選択できます。</p> <p>① <u>償還払を利用する申請</u> 申請者が購入費用全額をいったん販売事業者支払い、申請書類提出後に購入費用の9～7割を市から申請者に支給します。</p> <p>② <u>受領委任払を利用する申請</u> 申請者が購入費用の1～3割のみを販売事業者支払い、申請書類提出後に購入費用の9～7割を市から販売事業者支払いします。</p>
利用限度額 (支給限度基準額)	<p>同一年度に10万円まで 保険給付額9～7万円(9～7割)、利用者負担額1～3万円(1～3割)</p> <p>※1年間の期間は、毎年4月1日から翌年3月31日です。購入した日の属する年度で限度額の管理をします。</p> <p>10万円を超えて購入した場合は、超えた額については全額自己負担となります。</p> <p>1回の購入費用が10万円以内の場合、差額分(支給可能金額)は、同じ年度内に利用できます。</p> <p>同一年度内に同じ種目の福祉用具を複数購入することはできません。</p> <p>ただし、同じ種目でも用途・機能が異なる場合や破損した場合などは、対象になります。保険者にご相談ください。</p>

※対象となる福祉用具の種類及び内容は2ページを参照。

2. 対象となる福祉用具購入の種類及び内容

福祉用具購入費の対象となる福祉用具の種類及び内容は次の通りです。

種類	内容
① 腰掛便座	和式便座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。）。
	洋式便器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。）
② 自動排泄処理装置の交換可能部品	<p>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ものが容易に交換できるもの。</p> <p>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。</p>
③ 入浴補助用具	<p>入浴用いす</p> <p>座面の高さがおおむね35センチメートル以上のもの又はリクライニング機能を有するもの。</p>
	<p>浴槽用手すり</p> <p>浴槽の縁を挟み込んで固定することができるもの。</p>
	<p>浴槽内いす</p> <p>浴槽内に置いて利用することができるもの。</p>
	<p>入浴台</p> <p>浴槽の縁にかけて浴槽の出入りを容易にすることができるもの。</p>
	<p>浴室内すのこ</p> <p>浴室内に置いて浴室の床の段差解消を図ることができるもの。</p>
	<p>浴槽内すのこ</p> <p>浴槽の中において浴槽の底面の高さを補うもの。</p>
	<p>入浴用介助ベルト</p> <p>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解除することができるもの。</p>
④ 簡易浴槽	<p>空気式また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。</p>
⑤ 移動用リフトの釣り具部分	<p>身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なもの。</p>
⑥ 排泄予測支援機器	<p>利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し排尿の機会を介護者に自動で通知するもの。</p> <p>※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かれる。</p>

3. 福祉用具購入費の保険給付の流れ

	償還払	受領委任払
福祉用具 購入時	被保険者は <u>購入費の全額</u> を販売業者に支払います。 販売業者は <u>購入費の全額</u> を記載した領収証を交付します。	被保険者は <u>購入費の1～3割</u> を販売業者に支払います。 販売業者は <u>購入費の1～3割</u> を記載した領収証を交付します。
福祉用具 購入後	福祉用具費の支給申請書を提出します。 申請が必要な書類 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) ② 領収証 ③ 購入した福祉用具のパフレット オーダーメイドの場合は、見積書(内訳書)等の寸法のわかるものを添付してください。	福祉用具費の支給申請書を提出します。 申請が必要な書類 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(受領委任払) ② 領収証 ③ 購入した福祉用具のパフレット オーダーメイドの場合は、見積書(内訳書)等の寸法のわかるものを添付してください。
	※購入内容を審査し、「介護保険支給(不支給)決定通知書」を被保険者に送付します。	※購入内容を審査し、「介護保険支給(不支給)決定通知書」を被保険者に、「口座振込通知書」を販売業者に送付します。
支給	高齢介護課から被保険者に、購入費用の9～7割を口座振替により支給します。	高齢介護課から販売業者に、購入費用の9～7割を口座振替により支給します。
	翌月に支給を受けるためには、前月20日までに申請してください。 (例) 4月21日～5月20日 提出 → 6月下旬支給 ※審査の状況により、支給が翌々月以降になることがあります。	

申請書（受領委任払） 記入例

第16号様式の2（第20条関係）

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書（受領委任払）

令和5年 5月 1日

(宛先)

上尾市長

下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をします。申請により支給される福祉用具購入費の受領に関する権限を以下の事業者に委任しましたので、支給の可否に関し当該事業者へ通知することを同意します。

申請者

住所 上尾市本町3-1-1

電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

氏名 上尾 太郎

㊞

(被保険者との関係 本人)

フリガナ	アゲオ タロウ	保険者番号						1	1	2	1	9	3	
被保険者氏名	上尾 太郎	申請者印を押印します。	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
		個人番号												
生年月日・年齢	昭和 9年 1月 1日 (89 歳)													
要介護度	要介護3	必要な理由	福祉用具が必要とする状況等を記載します。											
製造事業者・種目名・商品名				購入金額/購入日				指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者						
あげお医療株式会社 腰掛便座				50,000円				指定番号	1111111111					
ポータブルトイレABC				令和 5年 5月 1日				名称	さいたま株式会社					
				円				指定番号						
				月 日				名称						
				円				指定番号						
				年 月 日				名称						

原則として、領収書と同じ日付を記載します。

※ 領収書、パンフレットを添付してください。

※ オーダーメイドの場合には、「費用の内訳書(寸法入り)」、「完成品の写真」も添付してください。

事業者同意欄	受領委任払いの利用について同意します。つきましては、申請により支給が決定された居宅介護(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。 所在地 上尾市〇〇3-3-3 名称 さいたま株式会社 代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印 電話番号 ××× (×××) ××××												
振込先口座	銀行	本店	上尾	支店	種目	口座番号							
	信用金庫	出張所		記号—番号(ゆうちょ銀行)									
	信用組合			1 普通	3 3 3 3 3 3 3								
	農協			2 当座									
	金融機関コード	店舗コード		3 その他									
	1111	1111											
	口座名義人 (カタカナで記入)	サイタマカブシキガイシャ											

代表者印を押印します。

事業者の名称や代表者氏名と口座名義人が一致するように記入します。

領収証（受領委任払） 記入例

領収証

上尾 太郎 様

金額 ¥5,000-

但し ポータブルトイレABC代

50,000 円の 1 割自己負担額として

令和 5 年 5 月 1 日 上記正に領収した。

さいたま

株式会社

10 割分の総額が確認できる
よう記入してください。

宛名…被保険者本人の氏名を記載します。（上様や家族氏名は不可。）

金額…給付対象額に 1 の位がある場合、被保険者の自己負担額は端数切り上げになります。

（例）金額 ¥1, 038-

浴槽手すり代 10, 374 円の 1 割負担額として