

2024年4月版

介護保険における 福祉用具購入について

須賀川市

〔問い合わせ先〕 長寿福祉課介護保険係

☎0248-88-8117

目 次

1	制度概要について	… 1
2	対象要件について	… 1
3	支給限度基準額について	… 1
4	支払方法について	… 2
5	福祉用具購入費に関する注意点について	… 2
6	特定（介護予防）福祉用具の種目について	… 3
7	手続の流れ（償還払い）	… 5
8	手続の流れ（受領委任払い）	… 6
9	介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書〔記載例〕	… 8
10	介護保険福祉用具購入費用額明細書兼確認書〔記載例〕	… 11
11	委任状〔記載例〕	… 12
12	提出書類確認リスト〔記載例〕	… 14
13	排泄予測支援機器 確認調書〔記載例〕	… 17
14	介護保険福祉用具購入費申請取下げ書〔記載例〕	… 18
15	受領委任払取扱事業者登録について	… 19
16	福祉用具貸与について（参考）	… 20

1 制度概要について

在宅の要介護認定・要支援認定（以下「要介護認定」という。）を受けている被保険者が、都道府県から指定を受けた特定（介護予防）福祉用具販売事業者（以下「指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者」という。）から特定（介護予防）福祉用具（入浴や排せつに用いる貸与になじまない福祉用具で厚生労働大臣が定めたもの）を購入し、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、その費用の一部が福祉用具購入費として支給されます。

※ 特定（介護予防）福祉用具購入を希望される場合は、購入前に必ず担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター職員（以下「ケアマネージャー等」という。）に相談してください。

2 対象要件について

次の要件を満たす須賀川市の被保険者が対象になります。

- (1) 厚生労働大臣が定める特定（介護予防）福祉用具の種目であること
- (2) 指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者から購入すること
- (3) 購入日（代金を完済した日）時点で要介護認定を受けていること
- (4) 日常生活の自立を助けるために必要と認められること
- (5) 被保険者本人が在宅であること（入院、入所、外泊は不可）

3 支給限度基準額について

支給額については、実際の購入費から利用者負担の割合分（1～3割）を除いた金額ですが、同一年度内（4月1日～3月31日）で利用できる総額に上限があります。これを支給限度基準額といいます。

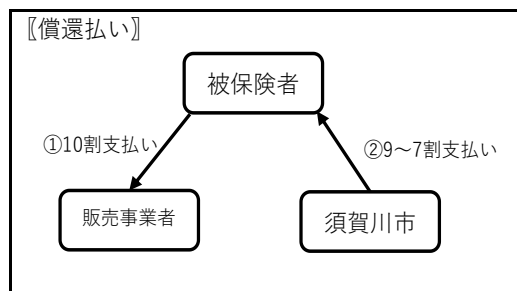
支給限度基準額は、同一年度で10万円（支給額9万～7万、利用者負担額1万～3万）です。支給限度基準額に達するまで、数回に分けて申請することもできます。

また、福祉用具購入費が支給されると、それ以後の同一種目・品目の福祉用具購入については、原則支給対象外になります。ただし、須賀川市が必要と認めるときは、支給限度基準額の範囲内において、再度福祉用具購入費が支給されます。（後述）

4 支払方法について

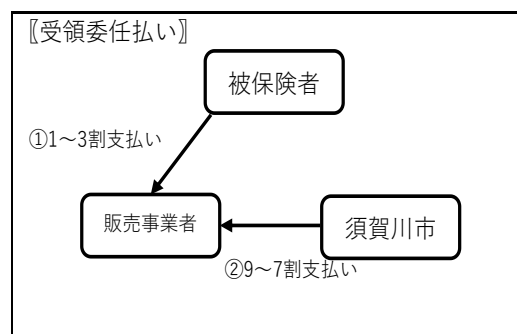
(1) 償還払い

被保険者がいったん購入費用全額を販売事業者を支払い、給付対象部分の9割～7割の金額が、後日被保険者に支給されます。



(2) 受領委任払い

給付対象部分のうち、被保険者は利用者負担分（1割～3割）の金額のみ販売事業者を支払い、残りの9割～7割については、市が販売事業者に直接支払います。受領委任払いは、受領委任払取扱業者として登録のある業者から購入する場合のみ利用できます。（登録業者は市ホームページに掲載しています）なお、介護保険料滞納に伴う給付制限により、「支払方法の変更」などの措置を受けている方はご利用できません。



5 福祉用具購入に関する注意点について

(1) インターネットや通信販売等で購入した場合

指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者であっても、インターネットや通信販売等で購入した場合は、保険給付の対象になりません。

(2) 要介護認定申請中又は入院（入所）中の方について

➤ 償還払い

商品購入は可能ですが、支給申請は認定結果が出てから、又は退院（退所）した後になります。認定結果が非該当の場合や退院（退所）できない場合は、支給申請できません。

➤ 受領委任払い

要介護認定申請中又は退院（退所）予定の方は事前申請できます。事前申請承認後の商品購入は可能ですが、事後申請は認定結果が出てから、又は退院（退所）した後になります。認定結果が非該当の場合や退院（退所）できない場合は、申請取下げとなります。

6 特定（介護予防）福祉用具の種目について

(1) 種目

種目	機能又は構造等
腰掛便座 ※工事を伴う便器の取替えは住宅改修費の支給の対象になります。	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（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）。ただし、設置に要する費用については従来通り、保険給付の対象外になります。
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。自動排泄処理装置本体は「福祉用具の貸与」の対象になります。
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かれる。
入浴補助用具	① 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。
	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 浴槽内椅子 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。
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（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むものであり、また、居室において必要があれば入浴が可能なものに限られる）であって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。
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。移動用リフト本体は「福祉用具の貸与」の対象になります。

(2) 複合的機能を有する福祉用具

2つ以上の機能を有する福祉用具の取扱いについては、次のとおりです。

- それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに1つの福祉用具として判断する。
- 区分できない場合であって、特定（介護予防）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（介護予防）福祉用具として判断する。
- 特定（介護予防）福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、保険給付の対象外として取扱う。

(3) 再購入

同一種目・品目の福祉用具は1つしか購入できません。ただし、次の場合で須賀川市が必要と認めるときは、支給限度基準額の範囲内において、再度福祉用具購入費が支給されます。

- 破損した場合(身体状況や使用環境を踏まえ、通常使用及び年数経過の範囲内の破損に限る)
- 利用者の身体状況等の変化に伴い、福祉用具の性能や形状に支障が生じた場合
- その他特別な事情がある場合
転居による居住環境の変化に伴い、福祉用具のサイズに支障が生じた場合など

※ 再購入の場合、申請書内の「福祉用具が必要な理由」欄に理由を明確に記載してください。また、過去に購入した福祉用具の現況写真（破損部分や利用できないことが確認できるように撮影したもの）も添付してください。

(4) 部品購入費

福祉用具を構成する部品の交換については、福祉用具購入費の対象になる福祉用具であって、製品の構造上、部品交換がなされることが前提となっている部品について、須賀川市が認めた場合に保険給付の対象になります。

既に購入した福祉用具が破損した場合、部品交換により使用継続が可能なときは、再購入よりも部品交換が優先されます。

※ 過去に購入した福祉用具の現況写真（破損部分が確認できるように撮影したもの）も添付してください。

(5) 取付費

福祉用具購入時の取付費については、保険給付の対象外です。

7 手続の流れ（償還払い）

(1) ケアマネージャー等に相談

担当のケアマネージャー等に相談します。福祉用具によっては、購入費の一部や全部が認められず、利用者負担になる場合がありますので十分にご検討ください。



福祉用具専門相談員が、専門的知識に基づく助言を交え、身体状況や使用環境に適した福祉用具の提案を行います。

(2) 指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者に見積書の作成を依頼



(3) 特定（介護予防）福祉用具の購入・支払い

特定（介護予防）福祉用具購入後に販売事業者へ代金（償還払いの場合は全額）を支払い、領収証を受取ります。

※購入時に福祉用具専門相談員から正しい取扱い方法や適切な管理方法の説明があります。間違った使用方法や不具合をそのままにしておくと事故を招く恐れがあるため、疑問や不具合がある場合は、福祉用具専門相談員に相談してください。



(4) 支給申請

販売事業者やケアマネージャー等を通して、次の書類を長寿福祉課に提出します。

- ・ 提出書類確認リスト（償還払い用）
- ・ 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書
- ・ 見積書
- ・ 購入を希望する福祉用具カタログなどの写し
（再購入や部品交換の場合は、過去に購入した福祉用具の現況写真（破損部分や利用できないことが確認できるように撮影したもの）を添付）
- ・ 領収証（原本） ⇒ 後日、支給決定通知書の封筒に入れて返却します。
- ・ 排泄予測支援機器 確認調書 ⇒ 排泄予測支援機器を購入する場合のみ提出
- ・ 委任状（償還払い用） ⇒ 振込口座が被保険者本人以外の場合のみ提出



(5) 支給決定

被保険者に支給決定通知書が送付されます。福祉用具購入費については、申請書に記入した金融機関口座に振込みます。

8 手続の流れ（受領委任払い）

(1) ケアマネージャー等に相談

担当のケアマネージャー等に相談します。福祉用具によっては、購入費の一部や全部が認められず、利用者負担になる場合がありますので十分にご検討ください。



福祉用具専門相談員が、専門的知識に基づく助言を交え、身体状況や使用環境に適した福祉用具の提案を行います。

(2) 指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者に見積書の作成を依頼

(3) 事前申請

購入前に販売事業者やケアマネージャー等を通して、次の書類を長寿福祉課に提出します。

- ・提出書類確認リスト（受領委任払い・事前申請用）
- ・介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（購入日、申請日以外を記入）
- ・見積書
- ・購入を希望する福祉用具カタログなどの写し
（再購入や部品交換の場合は、過去に購入した福祉用具の現況写真（破損部分や利用できないことが確認できるように撮影したもの）を添付）
- ・排泄予測支援機器 確認調書 ⇒ 排泄予測支援機器を購入する場合のみ提出
- ・介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状



購入予定の福祉用具が保険給付の対象になるかについて、必要性を含めて確認します。事前申請の確認は、事前申請日から7～10開庁日程度かかります。

(4) 事前申請の確認

事前申請の確認完了後、提出代行者に電話連絡し、「(3) 事前申請」で提出した介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書を長寿福祉課窓口で返却します。事前申請の確認結果については、この申請書の裏面に記載してお知らせします。



(5) 特定（介護予防）福祉用具の購入・支払い

福祉用具購入後に販売事業者へ代金（受領委任払いの場合は利用者負担分）を支払い、領収証を受取ります。

※購入時に福祉用具専門相談員から正しい取扱い方法や適切な管理方法の説明があります。間違った使用方法や不具合をそのままにしておくと事故を招く恐れがあるため、疑問や不具合がある場合は、福祉用具専門相談員に相談してください。



(6) 事後申請

販売事業者やケアマネージャー等を通して、次の書類を長寿福祉課に提出します。

- ・提出書類確認リスト（受領委任払い・事後申請用）
- ・介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（購入日、申請日を記入）
- ・介護保険福祉用具購入費用額明細書兼確認書
- ・領収証（原本）⇒ 後日、支給決定通知書の封筒に入れて返却します。



(7) 支給決定

被保険者に支給決定通知書が送付されます。福祉用具購入費については、申請書に記入した金融機関口座に振込みます。

※生活保護受給者について

「(6) 事後申請」は、社会福祉課から利用者負担の支払いを受け、領収証（宛名は被保険者本人）が発行された後になります。

9 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書〔記載例〕

(1) 償還払いの場合

様式第30号（第26条関係）

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	スガワ 知	保険者番号	0	7	2	0	7	4				
被保険者氏名	須賀川 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	昭和×年×月×日	性別	男・女									
住所	〒962-XXXX 須賀川市八幡町135番地 電話番号0248(75)1111											
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	購入日									
腰掛便座 ポータルトイレ〇〇	〇×△□株式会社 〇〇〇〇〇〇	50,000円	×年×月×日									
		円	年 月 日									
		円	年 月 日									
福祉用具が必要な理由	脳梗塞後遺症により右下肢に麻痺があり、歩行不安定で体力的にも長時間の歩行は困難となっている。夜間トイレまでの移動は転倒の危険性が高く、排泄の度に心して排泄できず、利用者も不安定である。											
	利用者身体機能や生活動作の困難な点、用具の選定理由、効果について購入品目ごとに記入してください。											
須賀川市長	上記のとおり関係書類を添付します。											
	×年 ×月 ×日											
住所	須賀川市八幡町135番地											
申請者	氏名 須賀川 太郎											
	被保険者本人の口座を記入する。被保険者本人以外の口座の場合は委任状（償還払い用）を添付する。											

居宅介護（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	銀行	本店	種目	口座番号							
	信用金庫	支店		1 普通預金	×	×	×	×	×	×	×
	信用組合	出張所	2 当座預金	×	×	×	×	×	×	×	
	金融機関コード	店番コード	3 その他	×	×	×	×	×	×	×	
依頼欄	フリガナ										
	スガワ タロウ										
	口座名義人										
	須賀川 太郎										

(2) 受領委任払いの場合

様式第30号 (第26条関係)

介護保険居宅介護 (予防) 福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	須賀川 太郎	保険者番号	0	7	2	0	7	4				
被保険者氏名	須賀川 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	昭和 ×年×月×日	性別	男・女									
住所	〒962-XXXX 須賀川市八幡町135番地 電話番号0248 (75) 1111											
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	購入日									
座便器 ポータブルトイレ○○	○×△□機 機××××	50,000円	年 月 日									
		円	年 月 日									
		円	年 月 日									
福祉用具が 必要な理由	脳梗塞後遺症により右下肢に麻痺があり、歩行不安定で体的にも長時間 の歩行は困難となっている。夜間トイレまでの移動は転倒の危険性が高 いため、夜間でも安 利用者の身体機能や生活動作の困難な点、用具の選定理 由、効果について購入品目ごとに記入してください。											
須賀川市長	上記のとおり関係書類を添えて居宅介護 (予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。											
	年 月 日 (購入日以降の日付)											
申請者	住所 須賀川市八幡町135番地 0248 (75) 1111 氏名 須賀川 太郎											
	事後申請時に記入											

居宅介護 (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	×× 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	×	×	×	×	×	×	×
依頼欄	フリガナ 口座名義人		力) ××××							
			機××××							

(裏)

➤ 支払方法が「受領委任払い」の場合のみ記入してください

入院(入所)中 認定申請中の事前申請確認 → 該当なし ・ 該当あり

*該当ありの方は「介護保険の福祉用具購入における事前承諾書」に記入してください。

介護保険の福祉用具購入における事前承諾書

×年 ×月 ×日

事前申請日時点で新規・更新・区分変更申請中で、認定結果がでていない場合です。

者氏名

須賀川 太郎

次の内容を承諾したうえで福祉用具を購入します。

(1)入院(入所)中に購入する場合、予定変更等で退院(退所)できなく給はできません。

事後申請時に記入

(2)認定申請中に購入する場合、認定結果が非該当のときは、福祉用具購入費の支給はできません。

事前申請時に記入		事後申請時に記入		
退院(退所)予定日		退院(退所)日		
要介護認定申請日		要介護認定日	介護度	

福祉用具購入事前申請確認結果					事前申請受付日
介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給に係る事前申請の内容について、次のとおり確認しました。					
確認日	年 月 日	承認	する ・ しない		
不承認の理由					
支給対象額	円	備考			
※これは事前申請時における購入内容を確認したものであり、最終的な福祉用具購入費の支給決定ではありません。また、支給対象額は保険給付の対象となる購入費用(同一年度で上限10万円)です。支給金額とは異なりますのでご注意ください。					

10 介護保険福祉用具購入費用額明細書兼確認書〔記載例〕

第10号様式（第14条関係）

介護保険福祉用具購入費用額明細書兼確認書

須賀川市長

×年 ×月 ×日

（事業者）住 所 須賀川市八幡町135番地

事業所名 福祉用具購入事前申請確認結果の支給対象額と同額

代表者名 代表者

介護保険福祉用具購入費用額及び明細は次のとおりです。

1割負担の場合

被保険者氏名	住所			
須賀川 太郎	須賀川市八幡町135番地			
商品名	税込販売額 ①	支給対象額	保険給付申請額 (小数点以下切捨) ②	利用者負担額 ①-②
ポータブルトイレ〇〇	50,000	50,000	45,000	5,000
シャワーチェア□□	20,000	20,000	18,000	2,000
浴 槽 台 △ △	12,345	12,345	11,110	1,235
合計額	82,345	82,345	74,110	8,235

保険給付申請額 = 「支給対象額」 × 90%（1割負担の場合）

〃 × 80%（2割負担の場合）

〃 × 70%（3割負担の場合）

※福祉用具購入における負担割合適用日は、領収証に記載された日です。

利用者確認欄

上記内容のとおり、福祉用具を購入しました。



×年 ×月 ×日

（被保険者氏名） 須賀川 太郎

（代筆者氏名） 須賀川 花子

1 1 委任状〔記載例〕

(1) 委任状（償還払い用）

委任状（償還払い用）	
須賀川市長	×年 ×月 ×日
委任者（被保険者）	
住 所 須賀川市八幡町 135 番地	
氏 名 須賀川 太郎	
	
私は、下記の者に介護保険の	
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費	
<input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）住宅改修費	
の受領に関する権限を委任します。	
受任者	
住 所 須賀川市八幡町 135 番地	
氏 名 須賀川 花子	
	
<u>支払方法が償還払いで、振込口座が被保険者本人以外の場合に提出してください</u>	

(2) 介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状

第8号様式（第12条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状

須賀川市長

私は、下記の受領委任払取扱事業者に介護保険の住宅改修費・福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。

なお、市が受領委任払取扱事業者に対して口座振込の通知をする際、私の被保険者番号、氏名、住宅改修費・福祉用具購入費の支給金額を当該通知書に記載することに同意します。

×年 ×月 ×日

委任者(被保険者) 住所：須賀川市八幡町135番地

氏名：須賀川 太郎



受領委任払取扱事業者名： 株式会社XXXX

受任承諾書(兼確約同意書)

上記内容について受任いたします。また施工・販売にあたっては、別紙確約書の内容を遵守することに同意します。

×年 ×月 ×日

受任者(事業者) 住所：須賀川市XX字XX番地

事業者名： 株式会社XXXX

代表者名： 代表取締役 XX XX



支払方法が受領委任払いの場合に提出してください

1 2 提出書類確認リスト〔記載例〕

(1) 償還払い用

介護保険福祉用具購入

提出書類確認リスト（償還払い用）

被保険者番号	1234567890	氏名	須賀川 太郎
介護度	要支援・ 要介護 （3）	支給限度基準額	100,000円
認定期間	××. ××. ×× ~ ××. ××. ××		
提出代行者	販売事業者 ケアマネージャー・その他（氏名： 続柄： ） 連絡先：××××-××××-××××		

※チェック欄に「✓」してください

〔提出書類〕

(1) 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

- 被保険者氏名、住所が介護保険被保険者証と一致している
- 福祉用具が必要な理由欄に身体状況、用具の選定理由、効果について記載されている

(2) 見積書

- 宛名が被保険者名になっている

(3) 購入を希望する福祉用具カタログなどの写し

（再購入や部品交換の場合は、過去に購入した福祉用具の現況写真（破損部分や利用できないことが確認できるように撮影したもの）を添付）

(4) 領収証（原本）

- 宛名が被保険者名になっている
- 但し書きの記載に介護保険福祉用具の購入であることが明記されている
- 領収日が記載されている

(5) 排泄予測支援機器 確認調書 ⇒ 排泄予測支援機器を購入する場合のみ提出

(6) 委任状（償還払い用） ⇒ 振込口座が被保険者本人以外の場合のみ提出

(2) 受領委任払い・事前申請用

介護保険福祉用具購入

提出書類確認リスト（受領委任払い・事前申請用）

被保険者番号	1234567890	氏名	須賀川 太郎
介護度	申請中・要支援（要介護3）	支給限度基準額	100,000円
認定期間	XX.XX.XX ~ XX.XX.XX		
提出代行者	販売事業者 ケアマネージャー・その他（氏名： 続柄： ） 連絡先：XXXX-XXXX-XXXX		

※チェック欄に「✓」してください

〔提出書類〕

(1) 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

- 被保険者氏名、住所が介護保険被保険者証と一致している
- 福祉用具が必要な理由欄に身体状況、用具の選定理由、効果について記載されている
- 購入日、申請日以外の必要事項が記入されている

(2) 見積書

- 宛名が被保険者名になっている

(3) 購入を希望する福祉用具カタログなどの写し

（再購入や部品交換の場合は、過去に購入した福祉用具の現況写真（破損部分や利用できないことが確認できるように撮影したもの）を添付）

(4) 排泄予測支援機器 確認調書 ⇒ 排泄予測支援機器を購入する場合のみ提出

(5) 介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状

(3) 受領委任払い・事後申請用

介護保険福祉用具購入

提出書類確認リスト（受領委任払い・事後申請用）

被保険者番号	1234567890	氏名	須賀川 太郎
提出代行者	販売事業者 ケアマネージャー ・ その他（氏名： 電話番号：XXXX-XXXX-XXXX	続柄：	）

※チェック欄に「✓」してください

〔提出書類〕

(1) 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

- 購入日、申請日が記入されている

(2) 介護保険福祉用具購入費用額明細書兼確認書

- 保険給付申請額や利用者負担額の計算が合っている

(3) 領収証（原本）

- 宛名が被保険者名になっている
- 但し書きの記載に介護保険福祉用具の購入であることが明記されている
- 領収日が記載されている

1.3 排泄予測支援機器 確認調書〔記載例〕

別添

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 ×××××居宅介護支援事業所
 所在地 ×××市×××町××番地
 確認者名 ××××××

記

【利用者情報】

氏名 須賀川 太郎
 生年月日 ×年×月×日 年齢 ××歳
 同居家族 須賀川 花子 トイレへの主な介助者 須賀川 花子
 要介護区分 要介護 1

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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 可	否	通知後、トイレまでの誘導時間 <u>×</u> 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	<u>×</u> 回／ <u>×</u> 回	××月××日	<u>×</u> 回／ <u>×</u> 回
××月××日	<u>×</u> 回／ <u>×</u> 回	××月××日	<u>×</u> 回／ <u>×</u> 回
××月××日	<u>×</u> 回／ <u>×</u> 回	___月___日	___回／___回
××月××日	<u>×</u> 回／ <u>×</u> 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。

1 4 介護保険福祉用具購入費申請取下げ書〔記載例〕

介護保険(福祉用具購入費・住宅改修費)申請取下げ書

須賀川市長

×年×月×日に申請した(福祉用具購入費・住宅改修費)支給に係る申請について、次のとおり取下げます。

被 保 険 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	提出日	×年×月×日
	フリガナ	スカガワ タロウ									生年月日	昭×年×月×日	
	氏名	須賀川 太郎									性別	男・女	
	住所	須賀川市八幡町135番地											
取り下げ事由													
要介護認定申請中に事前申請したが、認定結果が非該当だったため。													

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・特定福祉用具販売事業者・住宅改修事業者) ××居宅介護支援事業所
	住 所	須賀川市××字××999番地

15 受領委任払取扱事業者登録について

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領委任払いを取扱うには、事業者登録が必要です。事業者登録はそれぞれの事業所ごとに届出が必要です。

(1) 登録要件

- 次の要件をすべて満たす事業者
指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者であること
事業者に市税の滞納がないこと

(2) 届出書類（提出先：長寿福祉課介護保険係）

- 事業者登録するとき
介護保険住宅改修等受領委任払取扱事業者登録届出書
介護保険福祉用具購入費受領委任払いに係る取扱確約書
市町村税に係る納税証明書（直近年度分）⇒証明年月日が届出日の属する月の1日以降のもの
- 事業者登録における届出事項に変更があったとき
介護保険住宅改修等受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書
- 事業の廃止等による登録の辞退（休止・再開）するとき
介護保険住宅改修費等受領委任払取扱事業者登録辞退（休止・再開）届出書

(3) 届出の受付期間

登録の届出の受付は1年に1度行い、その期間は原則3月1日から3月末まで

(4) 登録の有効期限

登録した日の属する年度末まで

(5) 登録事業者の公表

市ホームページにて登録事業者を公表

(6) その他

受領委任払いの取扱いができるのは、事前申請から事後申請まで登録を受けている事業者です

1 6 福祉用具貸与について（参考）

日常生活の自立や機能訓練に用いるため及び介護者の負担を軽くするための福祉用具（標準的な既製品）を貸与（レンタル）できます。福祉用具専門相談員などの助言を踏まえながら、介護サービス計画（ケアプラン）において必要とされる福祉用具が対象になります。

（1）貸与（レンタル）の対象種目

種 目
車いす（自走式車いす、介助用電動車いすなど）
車いす付属品（クッション、電動補助装置など）
特殊寝台
特殊寝台付属品（サイドレール、マットレスなど）
床ずれ防止用具（エアマットなど）
体位変換器
手すり（工事を伴うものを除く）
スロープ（工事を伴うものを除く）
歩行器
歩行補助杖（松葉杖、多点杖など）
認知症老人徘徊感知機器
移動用リフト（つり具部分を除く）
自動排泄処理装置（交換用部品を除く）
※原則要介護4～5の人のみ

※要支援1～2、要介護1の認定を受けている方に対しては、自立を支援する観点から利用できる種目が限られており、次の福祉用具については原則保険給付の対象になりません。

- ・車いす（付属品を含む）
- ・特殊寝台（付属品を含む）
- ・床ずれ防止用具
- ・体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・移動用リフト（つり具部分を除く）

※（令和6年4月1日から）固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉杖を除く）、多点杖については、福祉用具専門相談員またはケアマネジャーからの提案により貸与と購入を選択できます。

（2）障害福祉制度の補装具との関係

介護保険制度の福祉用具貸与に係る対象種目のうち、「車いす」「歩行器」「歩行補助つえ」は、障害福祉制度の補装具の給付対象にもなっています。

▶ 補装具の給付要件

- ・身体障害者手帳所持者
- ・難病患者

▶ 福祉用具貸与と補装具の利用基準

標準的な既製品で対応できる場合は、介護保険制度の福祉用具貸与が優先されます。既製品ではなく、身体状況等に合わせて個別に製作することが必要と判断された場合は、補装具支給の対象になります。

（3）問い合わせ先

▶ 福祉用具貸与

担当のケアマネジャー等に連絡してください

▶ 補装具

社会福祉課障がい福祉係 ☎0248-88-8112