

## 【特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請の手引き】

内 容	福祉用具購入費支給申請
提出窓口	介護保険課
受付時間	8：30～17：15

在宅の要介護者・要支援者が指定特定福祉用具販売事業者から特定福祉用具等を購入したときは、市が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、福祉用具購入費が支給されます。

また、申請書には、居宅サービス計画に位置づけられた福祉用具を必要とする理由を記載するか、指定特定福祉用具販売事業者から交付された特定福祉用具販売証明書の添付が必要です。福祉用具を購入する場合は、事前にケアマネジャー（要支援の方は地域包括支援センター）に相談してください。

添付書類等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収証(宛名若しくはただし書きに利用者の氏名が記載されているもの)</li> <li>・カタログの写し</li> <li>・居宅サービス計画を作成していない場合は、指定特定福祉用具販売事業者が記載した福祉用具を必要とする理由が記載された証明書を添付してください。</li> <li>・申請者が被保険者と異なる場合は委任状を、受領委任払いの場合は受領委任払申出書を添付してください。</li> </ul>
標準処理時間	5分
問い合わせ先	介護保険課 ☎20-1545
そ の 他	

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請について

### （１）どのような福祉用具を購入することができますか？

次の１から５の福祉用具が対象ですが、指定特定福祉用具販売事業者からの購入に限られません。

また、福祉用具を購入する場合、居宅サービス計画に位置づける必要があります。福祉用具を購入する場合は、事前にケアマネジャー（要支援１・２の方は包括支援センター）に相談してください。

#### １．腰掛便座（次のいずれかに該当するものに限る）

- ① 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの
  - 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）
- ※ 差し込み便器、尿瓶は不可

#### ２．特殊尿器

① 尿が自動的に吸引されるもので居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に使用できるもの

#### ３．入浴補助用具

- ① 入浴用いす      ② 浴槽用手すり      ③ 浴槽内いす      ④ 入浴台
- ⑤ 浴室内すのこ      ⑥ 浴槽内すのこ      ⑦ 介助用ベルト

#### ４．簡易浴槽

① 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る）であって、取水又は排水のために工事を伴わないもの

#### ５．移動用リフトのつり具の部分

- ① 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

### （２）利用の方法は？

償還払いと受領委任払いの２通りの方法があります。償還払い方式は、利用者（要介護被保険者）が販売店に全額を支払った後に申請し、費用の８・９割相当額が支給されるものです。また、受領委任払い方式は利用者が販売店に保険から支給される８・９割相当額を受領を委任することにより、はじめから１・２割相当額の費用負担で済むものです。

### (3) 福祉用具購入費はいくらもらえるのですか？

利用者の要介護状態区分に関わらず、支給限度基準額は、1年（4月から翌年3月まで）で10万円です。このうち保険で支給される福祉用具購入費は8・9割相当額です。同一年度に10万円までは用具の購入が可能ですが、同一種目については1度限りです。

### (4) 申請手続きに必要な書類は？

- ① 介護保険特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- ② 領収書

領収書は原則として被保険者名のを添付してください。ただし、実際本人が支払っていないため、被保険者名の領収書が交付されない場合は、ただし書きに「〇〇〇〇様分〇〇代として」と被保険者氏名を記載してもらってください。

- ③ カタログの写し。

カタログの写しが無い場合は、メーカー名・型番などを販売店に確認して申請書に記入して下さい。

※ 受領委任払いの場合は、受領委任払申出書が必要です。

### (5) 福祉用具を購入したいのですが、どこで購入できますか？また、福祉用具の購入についての相談はどこでできますか？

千葉県の指定した指定特定福祉用具販売事業者から購入してください。

また、指定特定福祉用具販売事業者には福祉用具の専門相談員が配置されておりますので、福祉用具についての詳しい説明が受けられます。

### (6) 認定申請中ですが、福祉用具購入費の支給は受けられますか？

認定申請後に購入した福祉用具について福祉用具購入費の支給を受けられますが、福祉用具購入費支給申請は、要支援・要介護認定の結果通知が届いてからおこなってください。

※ 認定申請前に購入した福祉用具は福祉用具購入費の支給は受けられません。

### (7) 現在入院中の要介護被保険者ですが、退院の予定が決まっています。退院に備えて福祉用具を購入したいのですが、福祉用具購入費の支給は受けられますか？

福祉用具を購入することはできますが、退院してから福祉用具購入費の支給申請をしてください。 ※ 入院・入所中の場合は福祉用具購入費支給申請はできません。

### (8) 受領委任払い方式で給付を受けたいのですが、どこの販売店でも取り扱ってもらえるのですか？

成田市では、受領委任事業者の登録等はおこなっておりませんので、あらかじめ受領委任の取り扱いができるか、指定特定福祉用具販売事業者又はケアマネジャーに確認してください。事業者が受託した場合に限り、受領委任払いによる支給が可能です。

**(9) 福祉用具には、購入するもののほかにレンタルの福祉用具があるそうですが、どのような福祉用具がありますか？また、レンタルをうけるには、どのような手続きが必要ですか？**

貸与（レンタル）品には、次のようなものがあります。利用には、事前にケアプランを作成する必要があります。また、要介護状態区分や身体の状態によっては認められない福祉用具もあります。ケアマネジャー（要支援1・2の方は地域包括介護支援センター）に相談してください。

1. 車いす

- ① 自走用標準型車いす    ② 普通型電動車いす    ③ 介助用標準型車いす

2. 車いす付属品

- ① クッション又はパッド    ② 電動補助装置    ③ テーブル    ④ ブレーキ

3. 特殊寝台

4. 特殊寝台付属品

- ① サイドレール    ② マットレス    ③ ベッド用手すり    ④ テーブル  
⑤ スライディングボード・スライディングマット

5. 床ずれ防止用具

6. 体位変換器

7. 手すり（取付けに際し工事を伴わないもの）

8. スロープ（取付けに際し工事を伴わないもの）

9. 歩行器

10. 歩行補助つえ

11. 認知症老人徘徊感知機器

12. 移動用リフト ① 床走行式 ② 固定式 ③ 据置式

**福祉部介護保険課（成田市役所 議会棟1階）**

**電話 0476-20-1545**

(記入例 1)

介護保険特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	ナリタ タロウ		保険者番号	1 2 2 1 1 9									
被保険者氏名	成田 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
			個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
生年月日	明・大・昭	11年 1月 1日生	性別	男・女									
住所	〒 286 - 0033 成田市花崎町760		電話番号	0476 ( 20 ) 1545									
	福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び指定特定 福祉用具販売事業者名	購入金額	購入日									
腰掛便座 ポータブルトイレ	〇〇〇〇化学 指定特定福祉用具販売事業者	25,000 円	平成00年 00月 00日										
		円	年 月 日										
		円	年 月 日										
福祉用具が 必要な理由	例) 歩行が不安定であるため 立ち上がりが不安定であるため 等 居宅計画を作成している居宅支援事業者名等 ( 〇〇居宅介護支援事業所 )												
(あて先) 成田市長 上記のとおり、関係書類を添えて特定（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 平成00年 00月 00日 住所 成田市花崎町000-00 申請者 氏名 成田 一郎 (成田) (印) 電話番号 0476 ( 00 ) 0000													

- 注意
- ・介護保険の福祉用具の購入は、指定特定福祉用具販売事業者からの購入に限られます。
  - ・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入してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
  - ・福祉用具を購入する場合は、居宅サービス計画に位置づける必要があります。居宅サービス計画を作成していない場合は、指定特定福祉用具販売事業者が記載した福祉用具を必要とする理由を記載した証明書を添付してください。

特定（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。

口座振替 依頼欄	成田	銀行 信用金庫 農協	成田	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	0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	〇〇サービス ダイヒョウトリシマリヤク ナリタ ハナコ										
	口座名義人	〇〇サービス 代表取締役 成田 花子										

添付書類 (チェックしてください)		
申請者	市	書類
✓		領収証 (本人宛のもの)
✓		パンフレット等 (委任状)
✓		(受領委任払申出書)
		(福祉用具が必要な理由書)

※市確認欄	
介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
受領委任払	無・有
生保受給	無・有
給付制限	無・有
入力/確認	済 / 済

負担割合	1割・2割
購入費用額	円
上記のうち 支給対象金額	円
支給金額	円
備考	

(裏面)

被保険者の状況

①. 在宅	2. 入院中 (病院名 :	) 3. 入所中 (施設名 :	)
-------	---------------	-----------------	---

※ 入院・入所中の場合は、特定(介護予防)福祉用具購入費の支給申請はできません。  
ただし、退院・退所に備えて福祉用具を購入された場合は、退院・退所後に申請をすることが出来ます。  
新規の要介護(支援)認定申請中の場合は、特定(介護予防)福祉用具購入費の支給申請はできませんが、要介護(支援)認定後に申請が出来ます。

## 委任状

平成 00 年 00 月 00 日

(あて先) 成 田 市 長

被保険者  
(委任者)

住 所 成田市花崎町760

氏 名 成 田 太 郎 成田 (印)

生年月日 昭和11年1月1日

私は、次の者に介護保険特定(介護予防)福祉用具購入費の(支給申請・受領)に係る権限を委任したのでお届けします。

受任者	住 所	成田市花崎町000-00
	氏 名	成 田 一 郎
	被保険者との関係	長男
	電 話 番 号	0476-00-0000

(※ 委任状は申請者が被保険者と異なる場合に記入してください)

介護保険特定福祉用具購入費等又は居宅介護住宅  
改修費等 受領委任払申出書

平成 00 年 00 月 00 日

(あて先) 成田市長

被保険者  
(委任者)  
住所 成田市 花崎町760  
氏名 成 田 太 郎 成田 印

私に支給される下記の介護保険居宅介護給付費等の支給申請手続き及び受領に  
関する一切の権限を下記の者に委任しましたのでお届けします。

記

介護給付費の種類 特定福祉用具購入費等

上記利用者の介護保険居宅介護給付費等の申請手続き及び給付費の受領を委託  
しました。

住 所 成田市花崎町000  
受任者  
(受託事業者) 事業者名等 指定特定福祉用具販売事業所 ○○サービス  
代表者氏名 代表取締役 成 田 花 子 ビ  
ス  
サ  
ス  
○  
サ  
ー  
ビ  
ス  
代  
表  
之  
印 印

介護保険特定福祉用具購入費等又は居宅介護住宅  
改修費等 受領委任払申出書

平成 年 月 日

(あて先) 成田市長

被保険者  
(委任者)  
住所 成田市  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私に支給される下記の介護保険居宅介護給付費等の支給申請手続き及び受領に  
関する一切の権限を下記の者に委任しましたのでお届けします。

記

介護給付費の種類 \_\_\_\_\_

上記利用者の介護保険居宅介護給付費等の申請手続き及び給付費の受領を委託  
しました。

受任者  
(受託事業者)  
住所 \_\_\_\_\_  
事業者名等 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)



介護保険特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	1 2 2 1 1 9				
被保険者氏名			被保険者番号					
			個人番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女		
住所	〒 -		電話番号 ( )					
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び指定特定 福祉用具販売事業者名		購入金額		購入日			
	-----		円		年 月 日			
	-----		円		年 月 日			
	-----		円		年 月 日			
福祉用具が 必要な理由	居宅計画を作成している居宅支援事業者名等 ( )							
(あて先) 成田市長 上記のとおり、関係書類を添えて特定（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号 ( )								

- 注意・介護保険の福祉用具の購入は、指定特定福祉用具販売事業者からの購入に限られます。
- 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入してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
  - 福祉用具を購入する場合は、居宅サービス計画に位置づける必要があります。居宅サービス計画を作成していない場合は、指定特定福祉用具販売事業者が記載した福祉用具を必要とする理由を記載した証明書を添付してください。

特定（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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	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					
	フリガナ							
	口座名義人							

添付書類 (チェックしてください)		
申請者	市	書類
		領収証 (本人宛のもの)
		パンフレット等
		(委任状)
		(受領委任払申出書)
		(福祉用具が必要な理由書)

※市確認欄		負担割合	1割・2割
介護度	要支援 1 2	購入費用額	円
	要介護 1 2 3 4 5		
受領委任払	無・有	上記のうち 支給対象金額	円
生保受給	無・有	支給金額	円
給付制限	無・有	備考	
入力/確認	済 / 済		

(裏面)

被保険者の状況

1. 在宅 2. 入院中 (病院名: ) 3. 入所中 (施設名: )

※ 入院・入所中の場合は, 特定(介護予防)福祉用具購入費の支給申請はできません。  
ただし, 退院・退所に備えて福祉用具を購入された場合は, 退院・退所後に申請をすることが出来ます。  
新規の要介護(支援)認定申請中の場合は, 特定(介護予防)福祉用具購入費の支給申請はできませんが, 要介護(支援)認定後に申請が出来ます。

## 委任状

平成 年 月 日

(あて先) 成 田 市 長

被保険者  
(委任者)

住 所

氏 名



生年月日

私は, 次の者に介護保険特定(介護予防)福祉用具購入費の(支給申請・受領)に係る権限を委任したのでお届けします。

受任者	住 所	
	氏 名	
	被保険者との関係	
	電 話 番 号	

(※ 委任状は申請者が被保険者と異なる場合に記入してください)