

# 介護保険福祉用具購入 貸与の手引き



## 目次

1. 福祉用具購入の概要.....	1
2. 申請方法について.....	5
3. 福祉用具購入Q&A.....	8
4. 福祉用具貸与について.....	9
5. 各種様式一覧.....	10

令和5年3月作成  
恵庭市 保健福祉部 介護福祉課

## 1 福祉用具購入の概要

介護保険における福祉用具は、心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障があるような要介護者等の生活上の便宜を図り、自立を助けるための用具です。

### 制度

要介護者等が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、本人・家族の希望や環境を踏まえた用具を利用することができます。利用方法は「貸与」と「購入」に分かれており、排泄用具・入浴用具などのように、貸与になじまない用具が「購入」として指定されています。

### 給付要件

- 北海道が指定する特定福祉（介護予防）用具販売のサービス事業を行う事業者で購入したものであること。  
なお、浴室内のすのこ等で、既製品で対応ができず、オーダーメイドで購入する場合は指定業者でなくとも問題ありません。（事前申出が必要です）
- 介護保険の要介護者等で、居宅において生活をしていること。  
（介護保険施設、医療入院等の方は原則購入できません）
- 利用者（被保険者）の日常生活の自立を助けるために必要な福祉用具であること。
- 給付対象の購入種目であること。

### 対象となる福祉用具購入の種目

福祉用具の購入ができる種目は次のとおりです。

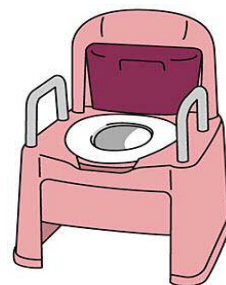
購入の具体的な品目は福祉用具情報システム（TAIS）に準拠します。

※福祉用具情報システム（TAIS）とは公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用するシステムです。

<http://www.techno-aids.or.jp/TaisCodeSearch.php>

#### 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。
- (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。）



#### 特殊尿器

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。

#### 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

要介護者等が持ち手のついたベルトを装着することで、起立時や移乗の介助を助けるもの。

### 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の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であること。

### 排泄予測支援機器

膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、介護者等に通知するもの。

## 使用が想定しにくい要介護度・状態像

福祉用具購入を利用できるのは介護保険の要支援・要介護者ですが、要介護度や身体状況から福祉用具の使用が想定しにくい場合は、利用することができません。

### 使用が想定しにくい要介護度

(○印は購入可能、×印は購入不可)

福祉用具購入の種目	要支援1～2 経過的要介護者	要介護1～2	要介護3～5
腰掛便座	○ ※(4)は×	○	○
特殊尿器	○	○	○
入浴補助用具	○	○	○
簡易浴槽	○	○	○
移動用リフトのつり具の部分	×	×	○
排泄予測支援機器	○	○	○

### 使用が想定しにくい状態像

福祉用具購入の種目	介護認定基本調査(直近)の結果
腰掛便座	基本調査 1-5 「4. できない」 ※(4)便座、バケツ等からなり、移動可能である便座のみ
	基本調査 1-6 「1. つかまらないでできる」
	基本調査 2-1 「1. 自立」
特殊尿器	基本調査 2-5 「1. 自立」
入浴補助用具	特になし
簡易浴槽	基本調査 1-6 「1. つかまらないでできる」
	基本調査 2-1 「1. 自立」
移動用リフトのつり具の部分	基本調査 1-7 「1. 自立」又は「2. 見守り等」
	基本調査 1-8 「1. つかまらないでできる」又は「2. 何かにつかまればできる」
排泄予測支援機器	基本調査 2-5 「1. 介助されていない」又は「4. 全介助」

※ 入浴補助用具と簡易浴槽は併用して使用することが想定しにくい福祉用具に該当します。

ただし、上記のような使用が想定しにくい要介護度・状態像であっても、個別の利用者の生活状況や解決すべき課題等によっては、使用が考えられる場合もあります。その場合は、「事前申請書」を恵庭市に提出し許可を得てください。

## 福祉用具購入の支給限度基準額

10万円

介護保険の福祉用具購入費の支給限度基準額は、要介護等区分にかかわらず、同一年度（4月1日からの12ヶ月間）で10万円です。負担割合が1割の方の場合、利用者（被保険者）は1万円を自己負担し、9割の9万円が市より介護保険で給付されます。なお、福祉用具購入の費用が、10万円を越える場合、その部分については全額自己負担となります。

同一年度内に1度、福祉用具を購入されると、以後の時期に同一種目の特定福祉用具については、原則福祉用具購入費は支給されません。ただし、購入した特定福祉用具の破損や、要介護者等の介護の必要の程度が著しく高くなった等の特段の事情がある場合は、同一種目であっても支給されることがあります。その場合は、「事前申請書」を恵庭市に提出し許可を得てください。

### 例 12万円の福祉用具を購入した場合



※ 負担割合が2割の方の場合は、8割の8万円を市が介護保険で給付、2割の2万円が自己負担額となります。同じく、負担割合が3割の方の場合は、7割の7万円を市が介護保険で給付、3割の3万円が自己負担額となります。

※ 介護保険の保険料の滞納にともなう介護給付の一時差止めと保険給付額からの滞納保険料分の控除や、保険料未納期間に応じた保険給付率9割（8割）から7割への引き下げは、住宅改修費・福祉用具購入費についても適用されますのでご注意ください。

## 事前申請と支給申請について

福祉用具購入は原則「事前申請書」を必要としませんが、下記に該当する場合は、「事前申請書」に必要な書類を添付して恵庭市へ提出していただきます。保険給付の対象として適当な内容であるかを審査し、適当と認められた場合は、決定通知として事前申請書の写しを交付します。

- (1) 事情により既製品での対応が困難で、オーダーメイド等により用具を購入する場合
- (2) 使用が想定しにくい要介護度・状態像であるが、個別の利用者の生活状況や解決すべき課題等により、福祉用具の使用が適当と考えられる場合
- (3) 購入した特定福祉用具の破損や、要介護者等の介護の必要の程度が著しく高くなった等の特段の事情があり、同一種目の福祉用具を再度購入する場合

福祉用具の購入後、「支給申請書」に必要な書類を添付して恵庭市へ提出していただきます。保険給付の対象として適当な内容であるかを審査し、内容に問題がなければ福祉用具購入費の支給を決定いたします。なお、領収日から2年経過しても支給申請がない場合、事前申請を取り下げたものとみなし書類を破棄いたしますので、ご了承ください。

また、「事前申請書」を提出した後、介護認定が非該当であった等の理由によって福祉用具の購入を行わなくなった場合には、「取下書」を提出してください。

その他、申請手続きの詳しい流れについては、「2. 申請方法について」をご覧ください。

## 電子申請できる手続き

福祉用具購入の手続きのうち、下記の手続きは北海道電子自治体共同システム（HARP）を利用して電子申請することができます。電子申請の詳しい手続きについては、下記のホームページをご確認ください。  
<https://www.harplg.jp/SdsJuminWeb/JuminLgSelect>

※ 電子申請を利用するには、**電子証明書が搭載されているマイナンバーカードが必要です。**

	電子申請
事前申請書	不可
支給申請書（償還払い）	可
支給申請書（受領委任払い）	不可
支給申請取下書	不可

## 支給決定について

支給決定後、指定した銀行口座に福祉用具購入費を振り込みます。振込処理完了後、利用者（被保険者）と福祉用具販売業者へ振込みに関する通知を発送します。なお、振込日については、月2回設けております。

毎月1日～15日頃までに提出→当月下旬頃に支払い予定

毎月16日～月末頃までに提出→翌月中旬頃に支払い予定

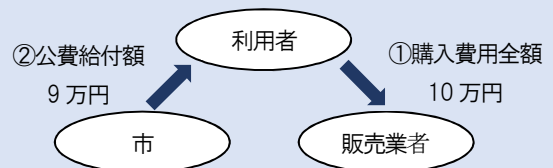
※金融期間の営業日、また申請書の補正等により振込日が変更となる場合があります。

支払方法については、以下の2つから選択できます。

### （1）償還払い

利用者（被保険者）が、福祉用具販売業者に支給対象となる購入費用の全額（10割）を支払った後、利用者が市へ申請をし、介護保険自己負担額を除いた支給対象となる購入費用の額の9割（8割または7割）について給付を受ける仕組みです。

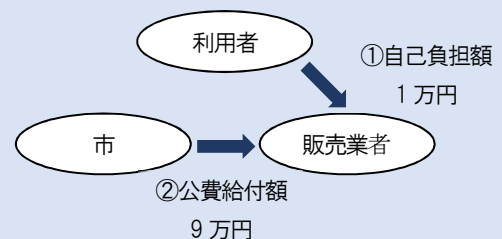
例 購入費用が10万円だった場合



### （2）受領委任払い

利用者（被保険者）が、福祉用具販売業者へ支給対象となる介護保険事自己負担分1割（2割または3割）と支給対象額を超えた自己負担額を支払った後、利用者が市へ申請をし、介護保険自己負担額を除いた支給対象となる購入費用の額の9割（8割又は7割）を市から福祉用具販売業者へ支給します。

例 購入費用が10万円だった場合

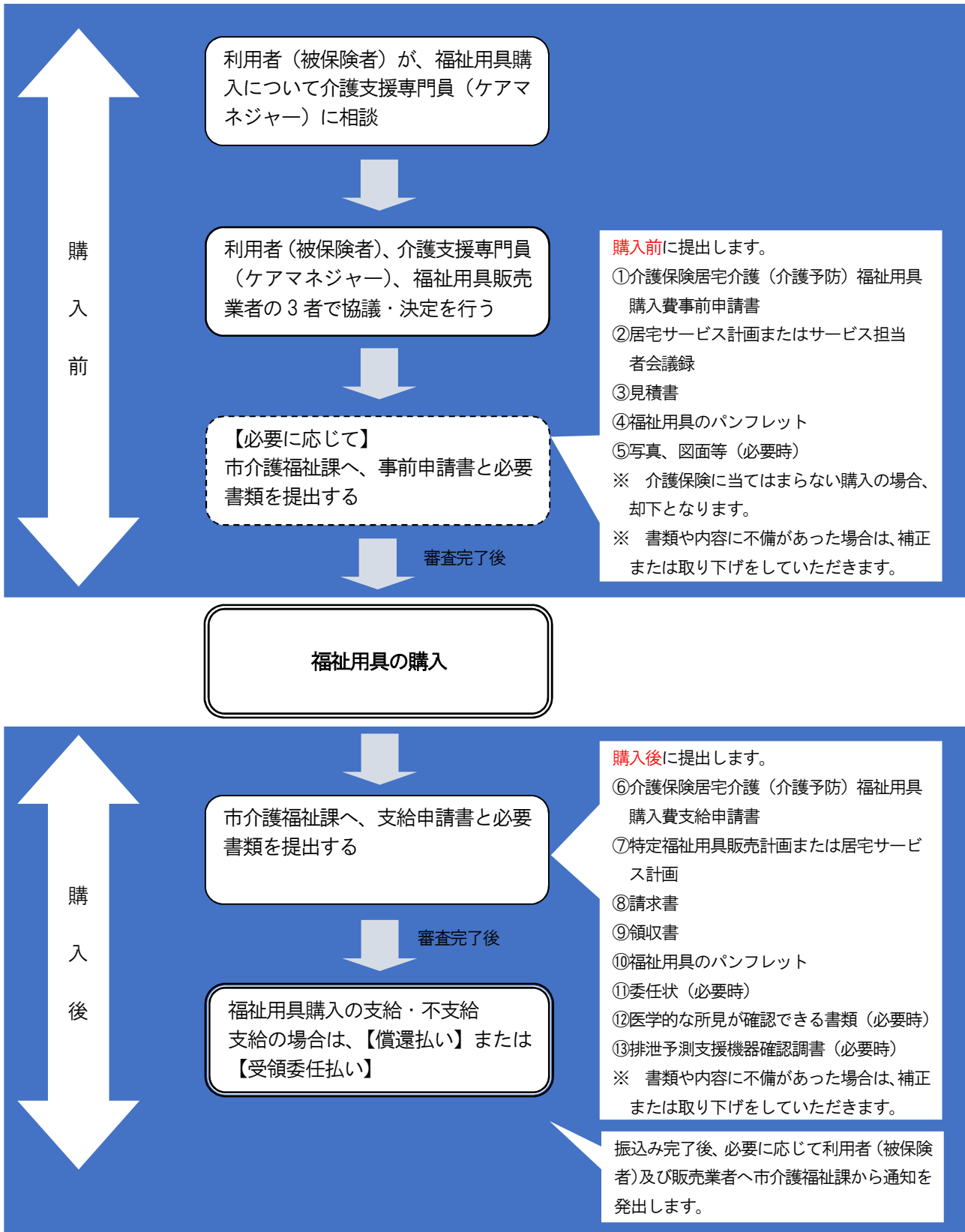


※ 保険料滞納による支払方法の変更により「償還払い給付」となっている方は、受領委任払いによる申請はできません。

※ 「受領委任払い」を取り扱う施行業者は、事前に恵庭市に対して届出が必要となります。「恵庭市居宅介護住宅改修費等受領委任払い届出書」により手続きをしてください。また、受領委任払い届出をしている施工業者は、市にお問い合わせ下さい。

## 2 申請方法について

### 福祉用具購入費の申請の基本的な流れ



## 住宅改修の申請に必要な書類

購入前 ※必要に応じて提出(→P.3参照)	購入後
①介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 事前申請書	⑥介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 支給申請書
②居宅サービス計画またはサービス担当者会議録	⑦特定福祉用具販売計画または居宅サービス計画
③見積書	⑧請求書
④福祉用具のパフレット	⑨領収書
⑤写真、図面等 ※必要に応じて	⑩福祉用具のパフレット
	⑪委任状 ※必要に応じて
	⑫医学的な所見が確認できる書類 ※排泄予測支援機器購入の場合
	⑬排泄予測支援機器確認調書 ※排泄予測支援機器購入の場合

## 申請書類の注意点について

### ①介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 事前申請書

審査期間や書類の作成のやり直しも考慮して、**申請は購入の3日前(土日祝日は含まない)まで**に行ってください。審査が終了していない購入は介護保険の対象外となります。

#### (1) 様式の配布

恵庭市介護福祉課窓口及び恵庭市ホームページで配布しています。

#### (2) 記載内容

被保険者番号や被保険者氏名、住所、購入予定業者名等は誤りのないように記載してください。

### ②居宅サービス計画書またはサービス担当者会議録

福祉用具の必要性を明記してください。また、必要に応じて医師や特定福祉用具販売業者の所見を記載してください。

### ③見積書

**必ず利用者(被保険者)氏名を記入**してください。名字のみや上様等、本人を特定できないものは不可とします。原則、原本を提出してください。ただし、原本が必要な場合は提示の上、写しの提出を可とします。

### ④福祉用具のパフレット

**メーカーや定価がわかるものを提出**してください。パフレットはモノクロ印刷でも可です。

### ⑤写真、図面等

事前申請を行う理由によって、下記のことがわかる写真や図面を提出してください。

(1) 事情により既製品での対応が困難で、オーダーメイド等により用具を購入する場合	⇒オーダーメイドで作成する用具の図面。必要に応じて、福祉用具を設置する箇所の写真、図面等。
(2) 使用が想定しにくい要介護度・状態像であるが、個別の利用者の生活状況や解決すべき課題等により、福祉用具の使用が適切と考えられる場合	⇒必要に応じて、福祉用具を設置する箇所の写真、図面等。
(3) 購入した特定福祉用具の破損や、要介護者等の介護の必要の程度が著しく高くなった等の特段の事情があり、同一種目の福祉用具を再度購入する場合	⇒以前購入した福祉用具の写真等。破損している場合は、破損箇所がわかるように撮影してください。

## ⑥介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書

申請期間は、領収書の領収日から 2 年間です。これを過ぎると時効となり支給を受けられなくなりますので、ご注意ください。

なお、特定福祉用具販売計画、または居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由が記載されており、かつ支給申請書に添付をした場合は、支給申請書の「購入理由」欄の記載を省略することができます。

### (1) 様式の配布

恵庭市介護福祉課窓口及び恵庭市ホームページで配布しています。

### (2) 記載内容

被保険者番号や被保険者氏名、住所、改修業者名等は誤りのないように記載してください。

## ⑦特定福祉用具販売計画または居宅サービス計画

特定福祉用具販売が必要な理由を記載してください。

なお、支給申請書の「購入理由」欄において、利用者の状態像や福祉用具が必要な理由が記載されている場合は、特定福祉用具販売計画、または居宅サービス計画の添付を省略することができます。

## ⑧請求書

必ず利用者（被保険者）氏名を記入してください。名字のみや上様等、本人を特定できないものは不可とします。原則、原本を提出してください。ただし、原本が必要な場合は提示の上、写しの提出を可とします。

## ⑨領収書

必ず利用者（被保険者）氏名を記入してください。名字のみや上様等、本人を特定できないものは不可とします。原則、原本を提出してください。ただし、原本が必要な場合は提示の上、写しの提出を可とします。

## ⑩福祉用具のパンフレット

メーカーや定価がわかるものを提出してください。パンフレットはモノクロ印刷でも可です。

## ⑪委任状

償還払い制度を利用し、かつ利用者（被保険者）以外の口座への振込みを希望する場合に提出してください。

## ⑫医学的な所見が確認できる書類

### ⑬排泄予測支援機器確認調書

排泄予測支援機器を購入した場合に添付してください。医学的な所見は確認できる書類は、介護認定審査における主治医の意見書、サービス担当者会議等における医師の所見、介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見、個別に取得した医師の診断書等です。確認調書は、購入前に試用期間を設定し、実施した内容を記載してください。



### 3 福祉用具Q & A

このQ & Aは、平成12年4月28日付厚生省老人保健福祉局老人保健課事務連絡「介護報酬に係るQ & A V o l . 2」等の文書や、独立行政法人福祉医療機構が運営するWAM NET（ワムネット）に掲載された厚生労働省のQ & A、恵庭市の事例から抜粋したものです。判断に迷ったときは、根拠法令等を確認するなどした上で、介護福祉課までお問い合わせ願います。

#### 【腰掛け便座について】

Q：腰掛け便座の範囲は、家具調のもの、ウォームアップ機能付のものなど高額なものもあるが、特に制限はないか。

A：家具調のもの等、金額にかかわらず、利用者が選択すれば給付対象として差し支えない。

#### 【簡易浴槽について】

Q：利用者の方が寝たまま利用できる、組み立て式の洗髪器は、簡易浴槽に含まれると解釈してよろしいか。

A：部分浴にかかわる器具(洗髪器や足浴器)は簡易浴槽には含まれず、給付対象とは認められない。

#### 【本人又は家族等が製作した福祉用具の取扱い】

Q：浴室内すのこ等、既製品では対応できない特定福祉用具購入費にかかわる福祉用具を本人又は家族等が製作した場合、材料の購入費を支給対象としてよいか。

A：材料の購入費を支給対象として差し支えない。なお、特定福祉用具購入費において、本人又は家族以外が製作したオーダーメイドの福祉用具についても、支給対象となる。ただし、オーダーメイドの場合は事前申請が必要となる（様式は任意）。

#### 【部品購入費について】

Q：介護保険の適用となる特定福祉用具の部品を交換した場合の部品購入費は福祉用具購入費の対象となるか。

A：福祉用具を構成する部品については、福祉用具購入費の対象と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、恵庭市が部品を交換することを必要と認めた場合には、介護保険の適用対象となる。

#### 【領収書（工事金額）の端数の取り扱い】

Q：受領委任払いを利用する場合、保険者負担分と被保険者負担額（自己負担額）の端数はどのように処理するか。

A：計算上1円未満の端数がある場合は、被保険者が負担となる。

【例】購入費用10,004円（税込）の場合（被保険者1割負担）

保険者負担分：10,004円×0.9（9割）＝9,003.6円 ⇒9,003円（1円未満端数切捨て）

自己負担額：10,004円－9,003円＝1,001円

#### 【入院中または介護認定申請中の福祉用具購入】

Q：入院中または介護認定申請中に福祉用具を購入することは可能か。

A：可能である。ただし、退院できずに自宅に戻れなくなった、または介護認定がつかず非該当となった場合は全額、自己負担となる。

## 4 福祉用具貸与について

福祉用具貸与の目的は、福祉用具購入と同じく、心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障があるような要介護者等の生活上の便宜を図り、自立を助けるための用具です。

### 対象者

介護保険の要介護者等で、居宅において生活をしている方。**介護保険施設、認知症対応型共同生活、医療入院等の方は貸与できません。**

福祉用具購入とは異なり、居宅サービス（介護予防サービス）利用の支給限度額内でのサービス利用となり、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に位置づけて利用します。

### 対象となる福祉用具貸与の種類

福祉用具の貸与ができる種目は次のとおりです。

貸与の具体的な品目は福祉用具情報システム（TAIS）に準拠します。

※福祉用具情報システム（TAIS）とは公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用するシステムです。

<http://www.techno-aids.or.jp/TaisCodeSearch.php>

○印は貸与可能、×印は例外者を除き貸与不可

	要支援 1・2 要介護 1	要介護 2～5
車いす及び車いす付属品	×	○
特殊寝台及び特殊寝台付属品	×	○
床ずれ防止用具	×	○
体位変換器	×	○
手すり（工事がともなわないもの）	○	○
スロープ（工事がともなわないもの）	○	○
歩行器	○	○
歩行補助つえ	○	○
認知症老人徘徊感知機器	×	○
移動用リフト（つり具を除く）	×	○

### 例外者の判断方法について

要支援 1・2、要介護 1 の人で、福祉用具貸与の対象外種目について、厚生労働大臣が定める者（第 23 号告示第 19 号）については、福祉用具貸与費を算定できる場合があります。別冊ガイドブックを参照してください。

## 5 各種様式一覧

・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 事前申請書.....	1 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（償還払い）.....	1 3
・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書（受領委任払い）.....	1 5
・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請取下書.....	1 7
・給付費受領委任状.....	1 9
・排泄予測支援機器 確認調書.....	2 1

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 事前申請書

事業種別	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入				申請日	年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号				氏 名	生 年	明・大・昭
						月 日	年 月 日
	住 所	〒				要支援・ 要介護度 状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
		電話番号					
事 前 確 認 内 容	既支給年月	年 月	既支給内容				
	購入予定年月日	年 月 日					
	購入予定業者名			支給方法	<input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 受領委任払い	受領委任 払届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給限度基準額	既支給対象額 (今年度購入額)	支給対象額①		支給額 (①× )	利用者負担額 (①× )	
	円	円	円		円	円	
	100,000						
福祉用具 購入種目 (対象に○をつける)	購 入 品 名	数量	購 入 理 由 (被保険者の身体状況、及び福祉用具の必要性、利用することで どのように改善するか具体的に記入してください。)				
腰掛便座・特殊尿器・入 浴補助用具・ 簡易浴槽・ 移動用リフトつり具							
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表）（第2表）（第4表）またはサービス担当者会議録 <input type="checkbox"/> 見積書(オーダーメイド品以外で、パンフレット分かる場合は不要) <input type="checkbox"/> 福祉用具のパンフレット <input type="checkbox"/> 写真（必要時 浴室すのこ等）						
恵庭市長 様 関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る事前申請します。 申請者 居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所  介護支援専門員又は担当者  電話番号							

福祉用具購入事前申請 恵庭市記入欄

支給限度基準額	既支給対象額	支給対象額①	支給額(①× )	利用者負担額(①× )	支給限度基準額残額	
円	円	円	円	円	円	
100,000						
負 担 割 合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
購 入 履 歴	<input type="checkbox"/> 履歴なし <input type="checkbox"/> 履歴あり 既支給対象額 ×0.9・0.8・0.7= 円 既支給差引残額 円					
備 考						
上記のとおり、可（否）としてよろしいか伺います。						
申請の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		主幹	主査	スタッフ	合議
決裁完了日	年 月 日		決裁			

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 事前申請書 記入例

事業種別	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入			申請日	○○年○○月○○日	
被 保 険 者	被保険者番号			氏 名		生 年
	0000000000			恵庭 太郎		明・大(昭)
住 所	〒061-1498 恵庭市京町1番地			電話番号 0123-33-3131		要支援・ 要介護度 状態区分
						要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
事 前 確 認 内 容	既支給年月	○○年 ○月	既支給内容	シャワー <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">受領委任払いを利用するには事前の届出が必要です。</span>		
	購入予定年月日	○○年 ○月 ○日				
	購入予定業者名	○○○○○株式会社		支給方法	<input type="checkbox"/> 償還払い <input checked="" type="checkbox"/> 受領委任払い	受領委任 払届出 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給限度基準額	既支給対象額 (今年度購入額)	支給対象額①	支給額 (①×0.9)	利用者負担額 (①×0.1)	
	円	円	円	円	円	
	100,000	0	20,000	18,000	2,000	
福祉用具 購入種目 (対象に○をつける)	購入品名	数量	購入理由 (被保険者の身体状况、及び福祉用具の必要性、利用することで どのように改善するか具体的に記入してください。)			
腰掛便座・特殊尿器・ 入浴補助用具・ 簡易浴槽・ 移動用リフトつり具	○○○○○	1	令和○○年○月にひじかけなしのシャワーチェアを購入したが、令和○○年○月に右大腿骨転子部を骨折し、立ち座りの動作が不安定となったため、ひじかけ付きのものを再購入し、動作の安定化を図る			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表）（第2表）（第4表）またはサービス担当者会議録 <input type="checkbox"/> 見積書(オーダーメイド品以外で、パンフレット分かる場合は不要) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具のパンフレット <input checked="" type="checkbox"/> 写真(必要時 浴室すのこ等)					
恵庭市長 様 関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る事前申請します。 申請者 居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所 ○○○○○○○○○○○○○○○ 介護支援専門員又は担当者 ○ ○ ○ ○ 電話番号○○○○-○○-○○○○						

福祉用具購入事前申請 恵庭市記入欄

支給限度基準額	既支給対象額	支給対象額①	支給額①× )	利用者負担額①× )	支給限度基準額残額
円	円	円	円	円	円
100,000					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
購入履歴	<input type="checkbox"/> 履歴なし <input type="checkbox"/> 履歴あり 既支給対象額 ×0.9・0.8・0.7= 円 既支給差引残額 円				
備考					

上記のとおり、可（否）としてよろしいか伺います。

申請の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	決 裁	主幹	主査	スタッフ	合議
決裁完了日	年    月    日					

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書（償還払い用）

被 保 険 者	被保険者番号				氏名		申請日			
							生年月日			
	住所	〒				電話番号		要支援・要介護 状態区分		
購入年月日			購入事業者			(福祉用具専門相談員名)				
支給限度基準額		既支給対象額		支給対象額①		支給額 ①× 10 割		利用者負担額 ①× 割		支給限度基準額 残額
100,000 円		円		0 円		0 円		0 円		100,000 円
種類・名称		商品名等		製造事業者名		購入金額		購入理由		
						円				
						円				
						円				
合計							0 円			
恵庭市長 様 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。 申請者 (被保険者) 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 居宅介護支援事業所名 _____ 担当者 介護支援専門員 _____ 電話番号 _____										

支払い方法		口座振込（下記に記入してください）			
振 込 口 座	金融機関名		本・支店名等		口座の種類・番号
					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
				フリガナ	

福祉用具支給申請 恵庭市記入欄

添付書類の確認		<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売計画、又は居宅サービス計画（第1表）（第2表）（第4表） <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパフレット <input type="checkbox"/> 給付費に係る委任状（※必要時）			
負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			
給付費支出科目		<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費			
次のとおり決定（却下）してよろしいか伺います。					
支給決定額		円		決 裁	課長
支給決定日		年 月 日			主査
					スタッフ
					合議

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書（償還払い）

被 保 険 者	被保険者番号			氏名		申請日	令和〇〇年〇月〇日
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			恵庭 太郎		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	〒061-1498 恵庭市京町1番地			電話番号	0123-33-3131	要支援・ 要介護度 状態区分
購入年月日		令和〇〇年〇月〇日		購入事業者	〇〇株式会社 (福祉用具専門相談員名) 島松 花子		
支給限度基準額	既支給対象額	支給対象額①	支給額 ①× 9 割	利用者負担額 ①× 1 割	支給限度基準額 残額		
100,000 円	0 円	20,000 円	18,000 円	2,000 円	80,000 円		
種類・名称	商品名等	製造事業者名	購入金額	購入理由			
入浴補助用具 シャワーチェア	らくらくシャ ワーチェア	〇〇株式会社	20,000 円	骨折により立ち座 りが不安定で転倒 の危険性あり。			
			円				
			円				
合計			20,000 円				
恵庭市長 様 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。 申請者（被保険者） 住所 恵庭市京町1番地 氏名 恵庭 太郎 電話番号 0123-33-3131 居宅介護支援事業所名 〇〇居宅介護支援事業所 担当者 介護支援専門員 恵み野 一郎 電話番号 0123-33-3131							

支払い方法		口座振込（下記に記入してください）					
振 込 口 座	金融機関名	本・支店名等	口座の種類・番号		口座名義人		
	〇〇銀行	〇〇支店	■ 普通 □ 当座	フリガナ エニワ タロウ			
			0 0 0 0 0 0 0 0	恵庭 太郎			

福祉用具支給申請 恵庭市記入欄

添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売計画、又は居宅サービス計画（第1表）（第2表）（第4表） <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパフレット <input type="checkbox"/> 給付費に係る委任状（※必要時）					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
給付費支出科目	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費					
次のとおり決定（却下）してよろしいか伺います。						
支給決定額	円	決 裁	課長	主査	スタッフ	合議
支給決定日	年 月 日					

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 支給申請書 (受領委任払い用)

被 保 険 者	被保険者番号						氏 名			申 請 日	年 月 日
										生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒					電 話 番 号			要支援・要介 護度状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	購入年月日	年	月	日	購入事業者		(福祉用具専門相談員名)			委任払 い届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
支給限度基準額		既支給対象額		支給対象額①		支給額 (①× )		利用者負担額 (①× )		支給限度額基準 残額	
円		円		円		円		円		円	
100,000											
種類・名称		商品名等		製造事業者名		購 入 金 額		購 入 理 由			
						円					
						円					
						円					
合 計						円					
<p>恵庭市長 様 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。</p> <p>申 請 者 住 所 _____ (被保険者) 氏 名 _____ 印 電話番号 _____</p> <p>担 当 者 居宅介護支援事業所名 _____ 介護支援専門員 _____ 電話番号 _____</p> <p>上記申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給額の受領を、下記事業者委任します。</p> <p>事業者名 _____</p>											

福祉用具支給申請 恵庭市記入欄

添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売計画、又は居宅サービス計画(第1表)(第2表)(第4表) <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパンフレット					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
給付費支出科目	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費					
次のとおり決定(却下)してよろしいか伺います。						
支給決定額	円	決 裁	課長	主査	スタッフ	合議
支給決定日	年 月 日					



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) 記入例

被 保 険 者	被保険者番号 <b>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</b>	氏 名 <b>恵庭太郎</b>	申 請 日 <b>〇〇年〇〇月〇〇日</b>			
	住所 <b>〒061-1498 恵庭市京町1番地</b>	電話番号 <b>0123-33-3131</b>	生 年 月 日 <b>明・大・<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">昭</span> 〇〇年 〇月 〇日</b>	要支援・要介 護度状態区分 要支援 1 2 要介護 1 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">2</span> 3 4 5		
	購入年月日 <b>〇〇年 〇月 〇日</b>	購入事業者 <b>〇〇〇〇〇株式会社</b> (福祉用具専門相談員名) <b>〇〇〇〇</b>	委任払 い届出 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
支給限度基準 <small>購入日は、負担割合の判定基準日となります。正確に記入してください。</small>		支給額 (①× <b>0.9</b> )	利用者負担額 (①× <b>0.1</b> )	支給限度額基準 残額		
<b>100,000</b> 円		<b>0</b> 円	<b>20,000</b> 円	<b>18,000</b> 円	<b>2,000</b> 円	<b>80,000</b> 円
種類・名称	商品名等	製造事業者名	購入金額	購入理由		
入浴補助用具	シャワーチェア	〇〇株式会社	20,000 円	脊柱管狭窄症により歩行不自由で転倒の危険性あり。 用具を使用することで安全性を確保す		
合 計			<b>20,000</b> 円			
恵庭市長 様 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。						
申請者 (被保険者)		住所 <b>恵庭市京町1番地</b> 氏名 <b>恵庭太郎</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">恵</span>				
担当者		居宅介護支援事業所名 <b>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇</b> 介護支援専門員 <b>〇 〇 〇 〇</b> 電話番号 <b>〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇</b> <small>銀行印以外でも結構です。</small> 番号 <b>0123-33-3131</b>				
事業者名 <b>〇〇〇〇〇株式会社</b>						

福祉用具支給申請 恵庭市記入欄

添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売計画、又は居宅サービス計画 (第1表) (第2表) (第4表) <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパンフレット					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
給付費支出科目	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費					
次のとおり決定 (却下) してよろしいか伺います。						
支給決定額	円	決 裁	課長	主査	スタッフ	合議
支給決定日	年 月 日					

年 月 日

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請取下書

恵庭市長 様

年 月 日付で申請した介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について下記のとおり、申請者（被保険者）、並びに販売事業者と協議の上、取下げいたします。

### 記

被保険者番号

\_\_\_\_\_  
被保険者氏名

\_\_\_\_\_  
住所

\_\_\_\_\_  
取下げ理由

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

（提出担当者）

居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所

\_\_\_\_\_  
介護支援専門員又は担当者

\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請

恵庭市長 様

〇〇年〇〇月〇〇日付で申請した介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について下記のとおり、申請者（被保険者）、並びに販売事業者と協議の上、取下げいたします。

記

必ず申請者へ説明を行ってください。

被保険者番号

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名

恵庭太郎

住所

恵庭市京町1番地

取下げ理由

介護認定が非該当であったため。

（提出担当者）

居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

介護支援専門員又は担当者

〇 〇 〇 〇

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

## 給付費受領委任状

私は、下記の者を代理人と定め、次のことに係る受領権限を委任します。

記

代理人  
住 所

\_\_\_\_\_  
氏 名

\_\_\_\_\_  
委任者(被保険者)との関係

- 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費  
介護保険居宅介護（予防）住宅改修費

委任者（被保険者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

## 給付費受領委任状

私は、下記の者を代理人と定め、次のことに係る受領権限を委任します。

記

代理人  
住所

**恵庭市京町1番地**

氏名

**恵庭京子**

委任者(被保険者)との関係

**妻**

- 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費  
介護保険居宅介護(予防)住宅改修費

委任者(被保険者)

住所 **恵庭市京町1番地**

氏名 **恵庭太郎**



**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。

排泄予測支援機器 確認調書

記入例

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

事業所名 〇〇〇〇〇株式会社

所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

確認者名 〇〇 〇〇

記

【利用者情報】

氏名 恵庭太郎

生年月日 昭和〇年 〇〇月 〇〇日 年齢 90 歳

同居家族 恵庭京子 トイレへの主な介助者 妻

要介護区分 要介護・要支援 2

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: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 機種名: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

【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	〇月 〇日 ~ 〇月 〇日 (1日あたり 8 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	15 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)			
〇月 〇日	4 回 / 5 回	___月___日	___回 / ___回
〇月 〇日	4 回 / 4 回	___月___日	___回 / ___回
〇月 〇日	5 回 / 5 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。

恵庭市保健福祉部介護福祉課

〒061-1498 恵庭市京町1番地

電話 0123-33-3131

FAX 0123-39-2715

E-mail [kaigofukushi@city.eniwa.hokkaido.jp](mailto:kaigofukushi@city.eniwa.hokkaido.jp)