

介護保険福祉用具購入費の支給について

「福祉用具購入費の支給」とは、在宅の要介護・要支援者が入浴・排せつなどに使用するため福祉用具を購入したときに、かかった費用の9割相当額が支給される介護保険の制度です。

この制度は、一旦購入費用の全額を事業者に支払う必要があります。購入後、町に申請することにより、後からかかった費用の9割相当額が支給されます。(償還払方式)

支給要件

- ・在宅の要介護・要支援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
- ・福祉用具購入費の支給対象となる種類であること
- ・特定福祉用具販売事業者として都道府県による指定を受けた介護保険サービス事業者にて購入していること

利用限度額

要支援・要介護度に関係なく1年あたり(4月1日～翌年3月31日)10万円までです。

※原則としてかかった費用の9割が福祉用具購入費として支給され、1割は自己負担となりますので、最大9万円まで支給されます。

※利用限度額(10万円)を超えた額については、全額自己負担になります。

福祉用具を購入される場合は、以下の点にご注意ください

- 福祉用具購入費の支給を受けることができるのは、要介護認定もしくは、要支援認定を受けている在宅の方だけです。要介護認定等を受ける前に福祉用具を購入した場合は、福祉用具購入費の支給を受けることはできません。
- 支給対象となる福祉用具については、「支給対象となる福祉用具の種類」を参照してください。すべての福祉用具の購入が支給対象ではありませんのでご注意ください。
- 特定福祉用具販売事業者として指定を受けた介護保険サービス事業者で購入していない場合には支給対象とはなりませんのでご注意ください。
- 1年(4月1日～翌年3月31日)の間に、用途が同じものや機能が同一の福祉用具の購入はできません。
ただし、次の場合など特別の事情がある時は再度支給されます。
①福祉用具を破損した場合
②被保険者の要介護度が著しく高くなった場合

必要な申請書類

- 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書
- 福祉用具サービス計画書 基本情報/利用計画
- 購入した福祉用具の写真入りカタログ
- 設置前後の写真
- 領収書(原本、品名入りの内訳があるもの)
- 居宅サービス計画書1・2の写し
- 請求書
- 振込先口座の写し

支給となる福祉用具の種類

種類	福祉用具の機能および構造など
腰掛便座	<ul style="list-style-type: none"> ・和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの ・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があるもの ・便座、バケツ等からなり、移動可能である便器(居室で利用できるものに限る)
特殊尿器	<ul style="list-style-type: none"> ・尿が自動的に吸引されるもので、要介護・要支援者又は介護を行う者が容易に使用できるもの
入浴補助用具	<ul style="list-style-type: none"> ・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があるもの ・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 ・浴槽内いす 浴槽内に置いて利用することができる ・入浴台 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にするもの ・浴室内すのこ 浴室内に置いて浴室の床の段差を解消するもの ・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
簡易浴槽	<ul style="list-style-type: none"> ・空気式又は折りたたみ式で容易に移動できるもの(硬質の材質であっても、使用しない時に立て掛けるなどにより収納できるものを含み、また、居室において必要があれば入浴が可能なもの)であって、取水又は、排水のために工事を伴わないもの
移動用リフトのつり具の部分	<ul style="list-style-type: none"> ・身体に適合するものであり、「移動用リフト」(福祉用具の貸与の対象となるもの)に連結できるもの

介護保険居宅介護(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		0	2	4	0	2	6
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
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
合 計		円	

福祉用具が必要な理由 (福祉用具ごとに記入)	
---------------------------	--

口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 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 2 当座 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

七戸町長 殿

上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を申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

申請者 _____ 電話番号 _____

(被保険者本人) 氏名 _____

注意 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
欄内に記載 が困難な場合は、裏面に記載してください。
・振込先の口座名義人が被保険者本人以外の場合は、委任状の提出が必要となります。
・福祉用具サービス計画書(基本情報/利用計画)、居宅サービス計画(1)・(2)、カタログ、振込先通帳写し、設置前後の日付入写真、領収書、支給請求書を添付してください。

※ 町記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書 確認欄	証明書類 確認欄	介護区分	備 考
1 一般	未納保険料 有・無			支援 介護 () ()	負担割合 割 給付実績 有・無
2 支払い方法の変更	滞納保険料 有・無				
3 給付額減額					

福祉用具サービス計画書 (基本情報)

管理番号	
作成日	
福祉用具 専門相談員名	

フリガナ		性別		生年月日		年齢		要介護度		認定期間	
利用者名	様			M・T・S 年 月 日						～	
住所									TEL		
居宅介護支援事業所									担当ケアマネジャー		

相談内容	相談者	利用者との続柄	相談日
ケアマネジャーとの 相談記録			ケアマネジャーとの 相談日

身体状況・ADL		(年 月) 現在	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまら ないで可 る	<input type="checkbox"/> 何かにつ かまらば 可る	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> でき ない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまら ないで可 る	<input type="checkbox"/> 何かにつ かまらば 可る	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> でき ない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまら ないで可 る	<input type="checkbox"/> 何かにつ かまらば 可る	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> でき ない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> 全介 助
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支 えれば可 る	<input type="checkbox"/> 支えてもら えれば可 る <input type="checkbox"/> でき ない
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまら ないで可 る	<input type="checkbox"/> 何かにつ かまらば 可る	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> でき ない
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまら ない	<input type="checkbox"/> 何かにつ かまらば 可る	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> でき ない
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> 全介 助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> 全介 助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> 全介 助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> 全介 助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介 助 <input type="checkbox"/> 全介 助
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他 者に伝達 できる	<input type="checkbox"/> ととき 伝達可 る	<input type="checkbox"/> ほとん ど伝達 できな い <input type="checkbox"/> 伝達 でき ない
視覚・聴覚			

疾病	
麻痺・筋力低下	
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	
特記事項	

介護環境	
家族構成/主介護者	
他のサービス 利用状況	
利用している 福祉用具	
特記事項	

意欲・意向等	<input type="checkbox"/> 利用者から確認できた <input type="checkbox"/> 利用者から確認できなかった
利用者の意欲・意向、今困っていること(福祉用具で期待することなど)	

居宅サービス計画	
利用者及び家族の生活に対する意向	利用者 家族
総合的な援助方針	

住環境
<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) (エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <small>例:段差の有無など</small>

福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号

フリガナ		性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	様		M・T・S 年 月 日			～
居宅介護 支援事業所					担当ケアマネジャー	

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	福祉用具利用目標

選定福祉用具(レンタル・販売) (/ 枚)

	品目	単位数	選定理由
	機種(型式)		
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			

留意事項

<input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付	年 月 日
	署名	印
	(続柄)代筆者名 ()	印

事業所名	福祉用具専門相談員	
住所	TEL	FAX

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 支給請求書

七戸町長 殿

請求額 _____ 円

※請求額は、
申請額から被保者の負担割合
分を引いた金額となります。

介護保険居宅介護(介護予防)福用具購入費について上記金額のとおり請求いたします。

令和 年 月 日
〒

請求者 住所 七戸町字 _____
(委任する
場合は受取人)

氏名 _____

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 支所 出張所			種目	口座番号
	金融機関コード			店舗コード				
							2 当座	
	フリガナ						3 その他	
	口座名義人						()	

※ 注意

口座名義人と被保険者が異なる場合は、下記委任状に記名押印してください。

委任状

私は、下記の者を代理受取人と定め居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者
(被保険者) 住所 七戸町字 _____
〒

氏名 _____

受任者
(代理受取人) 住所 _____
〒

氏名 _____