

八尾市介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の 支給について

居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の申請は、購入後の支給申請となります。
なお、介護保険の給付対象となるか不明確なケースについては事前に高齢介護課にご相談の上、申請を行ってください。
また、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）がいる場合は、必ずご相談のうえ、手続きを行ってください。

八尾市健康福祉部高齢介護課
(令和8年1月改訂)

目次

はじめに	1
第1部 概要	2
1 福祉用具購入費支給制度について	2
2 対象要件	2
3 支給限度基準額	2
4 支給対象となる福祉用具の種類	2
5 負担割合	5
6 マイナンバーの取扱いについて	6
7 留意事項	7
第2部 支給申請手続	8
手続の流れ	8
1 支給申請書	9
2 領収書	10
3 商品のカタログコピー	10
4 医学的な所見がわかる書類 及び 排泄予測支援機器確認調書	10
支給申請書記入例 <u>受領委任払用</u>	11
支給申請書記入例 <u>償還払用</u>	12
領収書作成例	13
排泄予測支援機器 確認調書	15
第3部 必要な理由の書き方の注意点	16
第4部 特定福祉用具販売を行う場合の注意事項	17
第5部 「排泄予測支援機器」の取扱いについて	19
第6部 「福祉用具選択制」について	21
第7部 八尾市介護保険特定福祉用具販売に関するQ&A	23

はじめに

この冊子は、介護保険制度における福祉用具販売が適正かつ効果的に行われ、福祉用具購入費の支給を円滑に行うことを目的として作成しました。福祉用具購入費支給制度についての概要、支給手続、注意点等をまとめておりるので、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請を行う際は、本冊子を必ず熟読ください。

本冊子に記載されている内容については、遵守していただき、手續等を行ってください。
必要に応じて、追加書類の提出や既に提出している書類の補正等を求める場合があります。求めに応じない場合は、福祉用具購入費をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。速やかに福祉用具購入費の支給決定が行えるようご協力をお願いします。

1 福祉用具購入費支給制度について

福祉用具購入費支給制度とは、介護を必要とする人が、住み慣れた自宅で安全に生活できるように、入浴や排泄に用いる福祉用具のうち、一定の基準を満たすもの（特定福祉用具・特定介護予防福祉用具。以下特定福祉用具等という。）を特定福祉用具販売の指定を受けた事業者から購入した場合、介護保険の給付を受けることができる制度です。

2 対象要件

- ハ尾市の被保険者で要介護認定（支援、介護）を受けており、認定の有効期間内であること。
- 被保険者の心身や住宅の状況等から福祉用具が必要であると認められること。

3 支給限度基準額

支給基準限度額は、毎年4月から3月までの1年間（支給限度額管理期間）に、福祉用具購入にかかった費用10万円までについて、福祉用具購入費の支給申請をすることができ、そのうちの9割（一定以上所得者は8割または7割）が保険で支給されます。

4 支給対象となる福祉用具の種類

（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（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。）。但し、設置に要する費用については従来通り、法に基づく保険給付の対象とならないものである。

（2）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、専用シーツ等の関連製品は除かれる。

(3) 排泄予測支援機器

購入告示第三項に規定する「排泄予測支援機器」は、利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感じし、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等又はその介護を行う者に自動で通知するものである。専用ジエル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は除かれる。

(4) 入浴補助用具

購入告示第3項各号に掲げる「入浴補助用具」はそれぞれ以下のとおりである。

①入浴用いす

座面の高さが概ね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まするものに限る。

⑤浴室內すのこ

浴室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。

(5) 簡易浴槽

購入告示第4項に規定する「空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるもの」とは、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。

(6) 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。

(7) スロープ

貸与告示第8項に掲げる「スロープ」のうち、主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないものをいい、便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものは除く。

(8) 歩行器

貸与告示第9項に掲げる「歩行器」のうち、脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい、車輪・キャスターが付いている歩行車は除く。

(9) 歩行補助つえ

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

5 負担割合

介護保険で認定を受けた人には、一人に1枚、介護保険負担割合証が交付されます。

介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」の欄に記載されている「1割」、「2割」または「3割」が利用者負担になります。

1 利用者負担の決まり方

利用者負担割合（第1号被保険者）

本人の合計所得金額が 220万円以上	下記以外の場合 同一世帯の第1号被保険者（本人含む）の 年金収入+その他の合計所得金額が	3割 2割 2人以上は463万円未満
本人の合計所得金額が 160万円以上	下記以外の場合 同一世帯の第1号被保険者（本人含む）の 年金収入+その他の合計所得金額が	2割 1割 2人以上は346万円未満
本人の合計所得金額が160万円未満		1割

※なお、要介護・要支援認定を受けている方で、第2号被保険者（40～64歳）、市民税非課税者、生活保護受給者については、所得に関わらず1割負担となります。

2 適用期間

負担割合証の適用期間は毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間となります。

3 負担割合証の記載内容

介護保険負担割合証には、利用者の住所や氏名、生年月日、利用者負担の割合などが記載されています。

介護保険負担割合証		
交付年月日 年 月 日		
番号		
被保険者	住所	
	フリガナ	
者	氏名	
生年月日	年	月 日 性別
割	開始年月日	年 月 日
割	終了年月日	年 月 日
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	2 7 2 1 2 0	八尾市 八尾市本町一丁目1番1号 電話 (072) 991-3881 FAX (072) 924-1005

◆住所・氏名など

住所・氏名・生年月日などを確認してください。

◆利用者負担の割合

サービスを利用するときに支払う利用料の負担割合（1割～3割）が記載されています。負担割合が適用期間内に変更となる場合は、上段に変更前の割合、下段に変更後の割合が記載されます。

◆適用期間

領収日時点で有効な負担割合証であるか確認をしてください。

6 マイナンバーの取り扱いについて

平成28年1月から社会保障、税、災害対策の分野の手続きでマイナンバー（個人番号）の利用が開始されます。介護保険分野においても、平成28年1月以降は各種届出等の申請の際にはマイナンバーの記入が必要となります。

これにより、申請や届出の様式が一部変更になりますので、平成28年1月以降の申請からは順次、新様式をご利用ください。また、申請受付の際記載されているマイナンバーについて番号確認と本人確認を行います。

1 申請書への記入について

マイナンバーが記載されている場合、マイナンバーの確認と本人確認が必要となりますので、下記の確認書類の提示が必要となります。なお、マイナンバーが分からぬ場合などで記載されていない場合でも従前どおり受付を行います。

2 確認書類

【本人が来庁して申請する場合】

マイナンバー確認書類	本人確認書類
① 個人番号カード（1枚で両方の確認書類を兼ねています。）	
② ①が用意できない場合（いずれか1つ） ・通知カード ・マイナンバー入りの住民票の写し	② ①が用意できない場合（いずれか1つ） ・運転免許証 ・パスポート ・身体障がい者手帳 ・精神障がい者保健福祉手帳 ・療育手帳 ・官公署から発行、発給された書類等で写真 の表示等の措置が施されているもの
	③ ①、②が用意できない場合（いずれか2つ） ・介護保険被保険者証 ・健康保険資格確認書 ・後期高齢者医療資格確認書 ・介護保険負担割合証 ・介護保険負担限度額認定証 ・年金手帳

【代理人が来庁して申請する場合】

代理権の確認書類	代理人の確認書類	本人のマイナンバー確認書類
・法定代理人の場合：戸籍謄本 など ・任意代理人の場合：委任状 ※上記書類が用意できない場合等は本人の介護保険被保険者証	・個人番号カード（いずれか1つ） ・上記本人確認書類②と同様の書類 ※上記書類が用意できない場合 ・上記本人確認書類③と同様の書類 (いずれか2つ)	・個人番号カード（写し可） ・通知カード（写し可） ・マイナンバー入りの住民票の写し (いずれか1つ)

7 留意事項

＜介護保険認定申請中、入院・入所中に福祉用具購入する場合＞

福祉用具購入費の支給は、要介護または要支援の認定を受けていることが前提です。ただし、認定申請中で認定結果が出ていない状態でも購入をすることは可能ですが、認定結果が非該当となった場合は、支給できません。

また、入院・入所中であっても購入は可能ですが、利用者が退院・退所されて在宅に戻り、購入した福祉用具を実際に使用しなければ支給はできません。

第2部 支給申請手続

福祉用具購入費は、商品を納品し、代金を領収されてから支給申請を行います。

受付窓口：市役所本館2階「7番窓口（高齢介護課）」

＜手続の流れ＞

利用者、ケアマネジャー、福祉用具専門相談員との打ち合わせ及び確認

利用者の方に合った福祉用具の選定。デモ機等を使用し実際の動作の確認や心身の状況等の把握。

通常の流れ

商品の納品・代金の領収

福祉用具納品後、被保険者より代金を領収。「償還払い」の場合は購入代金全額、「受領委任払い」の場合は利用者負担（1割～3割）分と限度額を超えた分。

利用者が生活保護を受給されている場合

ケースワーカーへ相談

担当ケースワーカーに相談し、生活福祉課へ申請を行う。

生活福祉課で審査・振込

申請が受理された後、納品。生活福祉課より一割分が事業所へ振込み。

福祉用具購入費の支給申請を行う

＜詳細は9～10ページを参照＞

支給決定通知の送付及び福祉用具購入費の支給

審査、給付決定にもとづき「償還払い」の場合は本人宛てに支給決定通知を送付し、本人指定口座に福祉用具購入費を振込み。「受領委任払い」の場合は本人及び受領委任払い事業者宛てに支給決定通知を送付し、事業者の登録口座へ福祉用具購入費を振込み。

支給申請

以下の書類を提出してください。

- (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（以下「支給申請書」という。）
- (2) 領収書（原本）
- (3) 商品のカタログのコピー

※その他見積書や図面が必要となる場合があります。（10ページの3参照。）

※これ以降は、それぞれの書類についての詳しい説明となります。熟読のうえ、誤りのないよう支給申請を行ってください。

1 支給申請書（記入例は 11・12 ページ参照。）

支給申請書は受領委任払い用、償還払い用とありますので、支払方法にあわせて支給申請書を使用してください。なお、償還払いの場合は被保険者の口座をご記入ください。

- ア 申請者は、被保険者です。署名は自筆で記入をお願いします。
パソコン等で入力された場合は氏名の横に押印が必要となります。
- イ 申請日、購入日等の記入漏れが無いか、ご確認ください。
- ウ 購入日は原則、領収日となります。
※生活保護の方の場合は、実際に福祉用具を納品した日を記入してください。
- エ 福祉用具名、製造事業者名、販売事業者名を記入してください。
※支給申請書が「償還払い用」の場合は特定福祉用具販売指定番号も記入してください。
- オ 購入金額には、総額及び介護保険支給対象分を記入します。
- カ 支給申請書が「受領委任払い用」の場合、特定福祉用具販売指定番号、八尾市受領委任登録番号を必ず記入してください。
- キ 心身の状況及び必要な理由を明確に記入してください。（16 ページ参照。）
複数の商品を購入した場合はそれぞれの商品について必要な理由を明確に記載してください。また、心身の状況については下肢筋力の低下といった理由だけでなく、その方の具体的な身体状況や現状の動作についても記載してください。

支給申請の審査をする上で、申請書の「福祉用具が必要な理由」の欄はとても大切な項目です！

2 領収書（記入例は13～14ページ参照。）

「領収書原本」は提出書類と申請内容の確認後
「受付完了票」に同封のうえ被保険者に対して送付します。

- ア 宛名は、必ず被保険者氏名にしてください。
- イ 必ず原本を持参してください。
- ウ 領収日は販売した福祉用具の代金を領収した日となります。
※生活保護の方の場合は、生活福祉課より入金された日となります。
但し書きには福祉用具の納品日を記載してください。
- エ 領収金額欄については13ページの【領収書作成例】を参照してください。
- オ 領収金額が5万円（消費税を除く。）以上の場合には、収入印紙を貼付し、消印を押してください。

3 商品のカタログのコピー

- ア 福祉用具名、金額、メーカー名（製造事業者名）が記載されているものを提出してください。
- イ 販売した福祉用具がオーダー品の場合は見積書提出してください。
- ウ スロープの申請の場合は図面も添付してください。複数個販売の場合は見積書も必要となります。

4 「医学的な所見がわかる書類」及び「排泄予測支援機器確認調書」

「排泄予測支援機器」を販売される際は通常の給付申請書類に加え、
追加で添付書類が必要となりますのでご注意ください。

- ア 医学的な所見がわかる書類
 - a 膀胱機能の確認ができる内容であること
- 【例】
- ・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
 - ・介護支援専門員等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

イ 排泄予測支援機器確認調書（15ページ参照。）

【支給申請書記入例 受領委任払用】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書 受領委任用

被保険者氏名	八尾 太郎	保険者番号	マイナンバーの取扱いについて (P.5)を参照下さい。					
		被保険者番号			0			
		個人番号						
住所	〒〇〇〇-△△△△ 八尾市本町〇丁目△△番地△△号	製造事業者名・販売事業者名を記入する 123) 456 - 7890						
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額	購入日					
シャワーチェアソフトクッション タイプ EWB244B	T社 (株)介護ショップ〇〇	19,950 円	〇〇年△△月△△日					
福祉用具種目名 ・商品名を記入する	金額は税込みで記入する	円	領収書の日付を記入する ※生活保護受給者の場合は納品日を記入					
福祉用具が必要な理由 (心身の状況) (必要な理由) 入浴用イスを使用する事で、浴室に背付きタイプを選定する事で、	理由はそれぞれの用具について記入する ※書ききれない場合は、別紙又は裏面に記入する							
(あて先) 八尾市長 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。 また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書の提出及び給付費に係る受領に関する権限を下記の受取人に委任します。 ○〇年△△月△△日								
被保険者名 を記入する (自筆)	訂正がある場合は二重線で訂正する 例) 支給申請時点で被保険者が死亡等							
所在地 名称 代表者氏名	電話番号 (123) 456 - 7890 八尾市本町〇丁目△△番地△△号 (株)介護ショップ〇〇 河内 次郎							
八尾市から支給される上記申請者にかかる申請内容に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領権限については、私が申請者からの委任を受け、受領することに同意します。なお、支給にあたっては八尾市へ登録済みの金融機関に口座振込をしてくださるよう依頼します。								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>受取人 (福祉用具販売事業者)</td> <td>特定福祉用具販売指定番号 9999999999</td> </tr> <tr> <td></td> <td>八尾市受領委任登録番号 △△△</td> </tr> </table>					受取人 (福祉用具販売事業者)	特定福祉用具販売指定番号 9999999999		八尾市受領委任登録番号 △△△
受取人 (福祉用具販売事業者)	特定福祉用具販売指定番号 9999999999							
	八尾市受領委任登録番号 △△△							
所在地 名称 代表者氏名	特定福祉用具販売指定番号・八尾市受領委任登録番号を記入する 電話番号 (123) 456 - 7890							

- 注意・申請日時点で保険料の滞納、もしくは給付制限を受けている場合は、この申請書は利用できません。
- この申請書と共に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して、申請してください。
 - 「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。

市記入欄（以下記入不要）		整理番号 _____																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">添付書類</td> </tr> <tr> <td>1. 領収証</td> <td>2. パンフレット</td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2">給付実績確認日 /</td> </tr> <tr> <td colspan="2">支給実績 (無・有)</td> </tr> </table>		添付書類		1. 領収証	2. パンフレット	備考欄		給付実績確認日 /		支給実績 (無・有)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">1. 次のとおり承認する。</td> <td colspan="2">2. 次の理由により承認しない。</td> </tr> <tr> <td>介護度</td> <td>支援・介護</td> <td colspan="2"> ・福祉用具購入対象外のため。 ・支給重複のため。 ・その他 </td> </tr> <tr> <td>申請金額</td> <td>円</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>決定金額</td> <td>円</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		1. 次のとおり承認する。		2. 次の理由により承認しない。		介護度	支援・介護	・福祉用具購入対象外のため。 ・支給重複のため。 ・その他		申請金額	円			決定金額	円		
添付書類																													
1. 領収証	2. パンフレット																												
備考欄																													
給付実績確認日 /																													
支給実績 (無・有)																													
1. 次のとおり承認する。		2. 次の理由により承認しない。																											
介護度	支援・介護	・福祉用具購入対象外のため。 ・支給重複のため。 ・その他																											
申請金額	円																												
決定金額	円																												
先の申請に基づき、以上のとおり決定してよろしいか。																													
入力	確認	伺年月日	・ ·																										
		決定年月日	・ ·																										
		通知年月日	・ ·																										
		振込予定期日	・ ·																										

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費		マイナンバーの取扱いについて (P.5)を参照下さい。	
被保険者氏名	八尾 太郎		
住 所	〒〇〇〇 - △△△△ 八尾市本町○丁目△△番地		
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製 造 事 業 者 特定福祉用具販売指定番号	金 額	購 入 日
シャワーチェアソフトクッションタイプ EWB244B	T社 9999999999 (株)介護ショップ〇〇	19,950 円	〇〇年△△月△△日
福祉用具種目名 ・商品名を記入する	金額は税込みで記入する		領収書の日付を記入する
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由	(心身の状況) 両下肢の筋力低下が著しく、室内歩行は杖を使用。立ち座り動作に関しては床など低い場所からは介助者がいないと困難な状況。現在使用している市販の低いイスからの立ち座りは大変不安定で、入浴時は娘様が身体を支えて介助している。お風呂場での倒れがあり危険な状況である。 (必要な理由) 入浴用イスを使用する事で、浴室背付きタイプを選定する事で、		
届 出 者	所在地 八尾市本町△丁目○○番地△△号	電話番号 (123) 456 — 7890	
	名称 (株)介護ショップ〇〇	代表者氏名 河内 次郎	掛け
被保険者名 を記入する (自筆)	(あて先) 八尾市長 私は、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。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書の提出に関する権限を上記の「届出者」に委任致します。		
申請者	年 △△月 △△日 八尾市本町○丁目△△番地△△号	訂正がある場合は二重線で訂正する 例) 支給申請時点で被保険者が死亡等	
	氏名 八尾 太郎 八尾 花子	電話番号 (123) 456 — 7890	

注意・この申請書と共に、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載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護（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。（本人の口座以外に振り込む場合には申立書が必要となります。）

口座 振替 依頼 欄	銀 行 △△	行 農 协 信用金庫 信用組合	△△	本 店 支 店 出張所	種 目 1普通預金 2当座預金 3その他	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード		フリガナ		ヤオ タロウ
	9	9	9	9	口座名義人	八尾 太郎
	9	9	9	9		

市記入欄（以下記入不要）

添 付 書 類	
1. 領収証	2. パンフレット
備 考 欄	
給付実績確認印	
支 給 実 績 (無・有)	

被保険者名義の口座を記入する
※被保険者以外の名義の口座に振込みする
場合は別途「申立書」が必要となります。

先の申請に基づき、以上のとおり決定してよろしいか。

入 力	確 認	伺 年 月 日	・ ·
		決 定 年 月 日	・ ·
		通 知 年 月 日	・ ·
		振 込 予 定 日	・ ·

【領収書作成例】

<例1>

償還払いでの福祉用具購入（シャワーチェア 18,000円）した場合

宛名は申請者（被保険者）名

※フルネーム

領 収 書

No.123

領収日 令和〇〇年△△月◇◇日

八尾 太郎 様

領収額 ￥18,000-

但し、介護保険福祉用具購入（シャワーチェア）代金として

□
収入
印紙

10%※ 但し書に福祉用具購入（福祉用具
(内消費 種目)であることを明記する

本町〇丁目△△番地◇◇号

務店

締役 河内 次郎

社印

T1234567890123

<例2>

償還払いでの福祉用具購入（シャワーキャリー 69,000円、ポータブルトイレ 35,000円の合計 104,000円）した場合

介護保険対象分+自費分

領 収 書

No.123

領収日 令和〇〇年△△月◇◇日

八尾 太郎 様

領収額 ￥104,000-

但し、介護保険福祉用具購入（シャワーキャリー・ポータブルトイレ）代金として

介護保険対象分 ￥100,000-

自費分 ￥4,000-

□
収入
印紙

10%※ 但し書に介護保険対象分と
(内消費)自費分の内訳を明記する

八尾市本町〇丁目△△番地◇◇号

〇〇工務店

代表取締役 河内 次郎

社印

T1234567890123

5万円（消費税除く）以上の場合は、収入印紙
を貼付のうえ、消印を押印する

<例3>

受領委任払いで、福祉用具購入(シャワーキャリー 69,000円、ポータブルトイレ 35,000円)した場合

介護保険対象分の1割+自費分
を記入する

八尾 太郎 様

領 収 書

領収額 ￥14,000—

但し、介護保険福祉用具購入(シャワーキャリー・ポータブルトイレ)代金1割分として
介護保険対象分 ￥10,000—
自費分 ￥4,000—

八尾市本町○丁目△△番地◇◇号
○○工務店
代表取締役 河内 次郎
T1234567890123

社印

10%対象

但し書に介護保険対象分と
自費分の内訳を明記する

収入
印紙

<例4>

受領委任払いで、生活保護受給者が福祉用具購入(シャワーチェア 18,000円)した場合

生活福祉課から振り込みがあった日付

領 収 書

領収額 ￥1,800—

但し、介護保険福祉用具購入(シャワーチェア)代金1割分として
納品日 令和△△年◇◇月○○日

八尾市本町○丁
○○工務店
代表取締役 河内 次郎
T1234567890123

但し書に負担割合を明記する

10%対象

生活保護受給者の場合、
納品日を記入する

収入
印紙

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 _____
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。

第3部 必要な理由の書き方の注意点

1 心身の状況

「下肢筋力の低下により立ち上がりが困難」というような身体の状況は多くの高齢者に当てはまります。重度の疾患があっても歩行できる方もいれば、特に疾患が無くても歩行が困難な方もいるように、被保険者によって動作の状況は様々です。「〇〇の影響により歩行や屈伸動作が困難。浴室内での立ち座りや姿勢保持が不安定で転倒の危険がある状況」というように、個別性・具体性のある心身の状況を記載してください。

2 必要な理由

- ① どのような動作のときになぜ必要であるかを具体的に記載してください。

＜例＞「入浴用いすを使用することで安全に入浴動作を行う事ができるため必要」



「入浴動作」だけではまとまりすぎ。具体的な動作について記載してください。

- ② 補高便座やポータブルトイレでウォシュレットや暖房機能等の付いた商品を選定された場合、その選定理由についても記載をお願いします。

3 2回目の購入の場合

同一品目の再購入は、過去に購入した福祉用具の破損や、要介護（支援）者の介護の程度が著しく高くなった等の特段の事情があり、ハ尾市が認めた場合のみ介護保険の適用となります。よって、破損により使用困難な状況や過去に購入した時からの身体の状況の変化等について明確に記載してください。



破損した等の場合においては、状況を確認させていただきますので
写真の添付を必ずお願いします。既に処分してしまっている場合など、
写真により状況確認できない場合、原則保険給付の対象外となります。

4 複数の品目を購入した場合

複数の福祉用具を購入した場合、それぞれ必要な理由について明確に記載してください。

第4部 特定福祉用具販売を行う場合の注意事項

（1）同一品目を再購入する場合

過去に購入した福祉用具の破損や、要介護（支援）者の介護の程度が著しく高くなった等の特段の事情がある場合であって、八尾市が必要と認めるときは、同一種目であっても福祉用具購入費は支給されます。支給申請書の「福祉用具が必要な理由」の欄には当該福祉用具が必要な理由や破損により、使用困難な状況や過去に購入した時からの身体状況の変化等についても、明確に記載してください。

なお、破損した等の場合においては、破損状況の確認が必要となりますので写真を必ず添付してください。

（2）複数の品目の福祉用具を販売する場合

入浴用いすや浴槽台、入浴用手すりなどをまとめて販売し支給申請を行う場合、支給申請書の「福祉用具が必要となる理由」の欄には、それぞれの福祉用具が必要な理由について明確に記入をしてください。

※複数の福祉用具を販売された場合、「購入日が同月中」であれば一枚の支給申請書で申請が可能ですが、「購入日の月が異なる場合」は毎月で支給申請書を分けて申請してください。

（3）オーダー品を販売した場合

浴室用いすのこ等のオーダー品を販売された場合、支給申請書、パンフレット、領収証（原本）と一緒にその寸法や数量も記載された見積書の提出もしてください。

（4）受領委任払いの登録更新について

特定福祉用具販売の指定の有効期間の更新の手続きをされた際は、高齢介護課への受領委任払いの登録の更新も必要となりますので、届出書、確約書、更新分の指定書の写しを提出してください。特定福祉用具販売の指定の有効期間が切れると八尾市での受領委任払いの登録も廃止となりますのでご注意ください。

（5）福祉用具サービス計画の作成について

利用者の状態に応じた福祉用具の選定や介護支援専門員等との連携を強化するため、専門相談員は、利用者ごとに個別の福祉用具サービス計画を作成することが義務づけられていますので、以下の点に留意し作成を漏れのないように注意してください。

①計画の作成	利用者の心身の状況、希望・環境をふまえ、福祉用具貸与（販売）の目標と具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具サービス計画を作成する。 貸与・販売ともに利用のある利用者については、計画を一体的なものとして作成。
②居宅（介護予防）サービス計画との関係	既に居宅（介護予防）サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って福祉用具サービス計画を作成する。
③利用者への説明等	計画の内容について利用者・家族に説明し同意を得る／計画は利用者に交付。
④計画の変更	（貸与の場合）実施状況を把握し、必要に応じて計画を変更する。
⑤計画の様式	サービス計画の様式は、各事業所で任意に定める（全国福祉用具専門相談員協会が提案する「福祉用具個別援助計画書」等を適宜参考）

（6）介護支援専門員等との連携について

要介護者の居宅サービス計画（要支援者の介護予防サービス計画）に福祉用具貸与や福祉用具購入が位置付けられている場合、福祉用具専門相談員は、サービス担当者会議等を通じて、福祉用具の適切な選定のための助言や情報提供を行うことになっています。これを行う際、介護支援専門員（担当職員）がサービス計画に福祉用具貸与・購入が必要である理由を記載することになります。

また、貸与の場合は、必要に応じて隨時、貸与の必要性の検討に資するために、さらには継続が必要な場合の理由がサービス計画に記載されるために、サービス担当者会議等を通じ、同様に助言や情報提供を行います。

第5部 「排泄予測支援機器」の取扱いについて

令和4年4月1日から、特定福祉用具販売の給付対象となる種目に、「排泄予測支援機器」が追加されました。従来の特定福祉用具と取扱いが異なることから、当該機器の販売に係る給付申請等について、本市における取扱いを下記のとおりといたします。

○排泄予測支援機器とは

利用者がセンサーを常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定する機械です。一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を本人や介護を行う人に自動で通知します。

1. 給付対象者

運動機能の低下、排尿のタイミングが不明、または伝えることができない等により、トイレでの自立した排尿が困難な人で、排尿の機会の予測が可能になることによって、トイレでの自立した排尿ができるようになる人。

そのため、排尿の介助を全く受けてない人や、全面的に介助を受けている人については使用が想定されません。

2. 特定福祉用具販売事業者が確認する事項

(1) 利用者の膀胱機能を以下のいずれかの方法により確認し、医学的所見がわかる書面の写しを申請書に添付すること。

- ・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
- ・介護支援専門員等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

(2) 排泄予測支援機器の利用によって自立した排尿を目指すため、以下の点について利用を希望する人に対して事前に確認し、確認調書を申請書に添付すること。

- ・利用の目的を理解して、トイレでの自立した排尿を目指す意志があるか。
- ・装着することが可能か。
- ・利用者やその介助者が通知を理解でき、トイレまでの移動や誘導が可能か。

なお、利用者の状態により、通知から排尿に至る時間（排尿を促すタイミング）は異なることから、販売の前に一定期間の試用を行い、積極的な助言に努めるとともに、継続した利用が困難な場合は中止の助言をすること。

また、介助者も高齢などで利用にあたり継続した支援が必要と考えられる場合は、販売後も必要に応じて訪問等の上、利用状況の確認や利用方法の指導に努めること。

3. 介護支援専門員等との連携

利用者が指定居宅介護支援または指定介護予防支援を受けている場合、福祉用具専門相談員は、サービス担当者会議等において排泄予測支援機器の利用について説明するとともに、介護支援専門員に加え、他の介護保険サービス事業者等にも特定福祉用具販売計画を提供するなど、支援者間の積極的な連携を図ること。

4. 消耗品について

専用ジェルなど装着の都度、消費するもの及び専用シートなどの関連製品は介護給付の対象外です。

5. 給付申請に必要な書類

申請書類一式

- ・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- ・領収書（原本）
- ・商品のカタログのコピー
- ・医学的所見が分かる書類（19ページの2の(1)参照。）
- ・排泄予測支援機器 確認調書（15ページ参照。）

販売前に、一定期間の試用を行うとともに、事前に高齢介護課にご相談ください。

第6部 「福祉用具選択制」について

令和6年4月1日から、利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制が導入されました。

選択制の対象福祉用具の提供にあたって、福祉用具専門相談員または介護支援専門員は、利用者に対して下記3つの対応を行ってください。また、その内容を、特定福祉用具販売計画やモニタリングシートなどに記録してください。

1. 貸与と販売のいずれかを利用者が選択できることを説明すること
2. 利用者の選択にあたって必要な情報を提供すること
3. 医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ提案すること

また、選択制の対象福祉用具の提供後は、福祉用具専門相談員が下記の対応を行ってください。

<貸与後>

- 利用開始後少なくとも6ヶ月以内に一度モニタリングを実施し、貸与継続の必要性を検討する。

<販売後>

- 購入後、6ヶ月以内に一度モニタリングを実施し、目標の達成状況を確認する。その後については個々の状態に応じて対応する。
- 利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等（メンテナンス）を行うよう努める。
- 商品不具合時の連絡先を情報提供する。

1. 選択制の対象福祉用具

●スロープ

段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないものに限る。

●歩行器（歩行車を除く）

歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、四脚を有し、上肢で保持して移動させることが可能なものの

●歩行補助つえ

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

2. 給付申請に必要な書類

申請書類一式

- ・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- ・領収書（原本）
- ・商品のカタログのコピー
- ・スロープ購入の場合、設置場所がわかる図面
(住宅改修の図面の転用は受付不可)
- ・スロープを複数本購入の場合は見積書を添付し、
申請金額は「見積書の総額」を記入



福祉用具購入の支給申請について

Q 鉛筆・消せるボールペンその他の消滅しやすい筆記用具による記入の場合、申請は可能ですか。

A 鉛筆・消せるボールペンその他の消滅しやすい筆記用具で記入されている場合、修正や改ざんが容易に可能であり、不正があったものと区別できないため、受付を行いません。

Q オーダー品の申請を行う場合、別途必要となる書類はありますか。

A 浴室すのこ等のオーダー品の場合は、別途見積書が必要となりますので、支給申請書、領収証（原本）、パンフレットと併せて提出をしてください。

福祉用具購入の支給について

Q 以前に購入した福祉用具の部品を交換した場合、部品の購入費用は福祉用具購入費の対象となりますか。

A 福祉用具が破損したなどの場合、破損部分の部品交換で対応可能なのであれば、部品の購入費用は保険給付の対象となります。ただし、破損状況の確認が必要となりますので原則、写真を添付してください。

Q 汚れやカビ等による福祉用具の再購入は保険給付の対象となりますか。

A 長期間の使用により、十分に清掃等を行ったにもかかわらず使用に耐え難い汚れ、カビ等による再購入は保険給付の対象となります。ただし、短期間の使用における汚れ、カビ等の場合は、原則保険給付の対象となりません。また、部品を交換することで対応が可能であれば、部品の購入費用が保険給付の対象となります。

Q 福祉用具購入費の支給について、下記のようなケースの限度額管理はいずれの年度において行われますか。

- ①平成27年度に福祉用具の納品を行い、平成28年度に代金の領収をして保険給付を請求したケース
- ②平成27年度に福祉用具の納品を行い代金も領収したが、保険請求は平成28年度に行ったケース

A 福祉用具を販売したとき、すなわち代金を領収した日の属する年度において支給限度額を管理することとなります。

したがってケース①は平成28年度において、ケース②は平成27年度において、それぞれ限度額管理を行います。

Q 福祉用具を購入した際の運搬費は保険給付の対象となりますか。

A 福祉用具の購入は商品の購入費用のみが対象となりますので、運搬費については保険給付の対象となりません。

Q 介護保険施設に入所している要介護者に対して、福祉用具を販売し保険給付の対象とすることはできますか。

A 福祉用具購入は居宅サービスであり、居宅において使用されるものになりますので、介護保険の施設サービスを提供されている場合は、保険給付の対象とはなりません。

Q 特定福祉用具を販売する場合、指定福祉用具貸与事業と同様に、都道府県又は市町村からの指定は必要ですか。

A 要介護者に対する特定福祉用具販売、要支援者に対する特定介護予防福祉用具販売のそれぞれについて、都道府県又は市町村からの指定が必要となります。

被保険者が当該指定を受けていない事業所が特定福祉用具を販売した場合は保険給付の対象とはなりません。

Q ①有料老人ホームの入居者で特定施設入居者生活介護を算定している要介護(支援)者について、専用の居室内においてのみ使用する場合、福祉用具購入費の支給は認められますか。②グループホームの入居者で①と同様に専用の居室内においてのみ使用する場合、福祉用具購入費の支給は認められますか。

A 特定施設入居者生活介護及びグループホームのサービス給付を受けている利用者に対する福祉用具購入費の支給は制度上、可能ですが、施設では整備されていることが前提であるため、一般的に必要ないと考えられます。しかし、個室において特段の事情がある場合には、支給対象となる場合があります。

腰掛便座について

Q ウォシュレット付の補高便座の購入は保険給付の対象となりますか。

A 利用者の身体状況から補高便座が必要な理由と、ウォシュレットが必要な身体的理由がある場合のみ保険給付の対象となります。ウォシュレットのみを目的として購入することは保険給付の対象とはなりません。

Q ウォシュレット付補高便座の設置をするにあたっての電気工事は保険給付の対象になりますか。

A 電気工事や福祉用具設置にかかる施工費等は保険給付の対象にはなりません。

Q 昼間はトイレに行けるので補高便座を購入し、夜間はベッド横にポータブルトイレを購入することは可能ですか。

A 同一種目ですが、用途が違うので購入可能です。ただし、それぞれの福祉用具が必要な理由について明確に記載してください。

Q リモコン付きの補高便座は福祉用具として認められますか。

A リモコンは本来の目的にそぐわないと認められないので、保険給付の対象となりません。
※壁付きリモコン付きのポータブルトイレについては、壁付きリモコン自体は認められないため、金額を分けて提出してください。(割合、記入方法は問いませんが、メーカーからの見積もりやカタログからのリモコンのみの金額が証明できるものが必要です。)

Q 腰掛便座の範囲は、家具調のもの、ウォームアップ機能付きのものなど高額なものもありますが、特に制限はないですか。

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保険給付の対象となります。

自動排泄処理装置の交換可能部品について

Q 自動排泄処理装置の本体部分は福祉用具購入の対象品目ですか。

A 自動排泄処理装置の本体部分は福祉用具貸与での対象品目となりますで、購入での保険給付の対象とはなりません。

Q 自動排泄処理装置の交換可能部品とはどのようなものですか。

A レシーバー、チューブ、タンク等の交換可能部品のうち尿や便の経路となるものであって、要介護者等またはその介護を行う者が容易に交換できるものとなります。なお、パッド等の消耗品については保険給付の対象とはなりません。

入浴補助用具について

Q 浴槽のまたぎが高いので踏み台として浴槽内いすを、浴槽外に置いて使用することは保険給付の対象となりますか。

A 浴槽内いすは浴槽の中に沈めて使用するものに限りませんので浴槽の外に置いて使用する場合は保険給付の対象とはなりません。

Q 以前に入浴用いすを購入していますが、本人の身体状況が悪くなりシャワーキャリーが必要となりました。同一品目ではありますか、保険給付の対象となりますか。

A 本人の身体状況に変化があり必要性があれば保険給付の対象となります。

Q 浴室内の滑り止め機能を有するマットは、入浴補助用具として福祉用具購入費の対象となりますか。

A 滑り止めマットは、福祉用具購入費の対象とはなりません。

お問い合わせ先

八尾市 高齢介護課 給付担当
TEL 072-924-9360