

介護保険 ＜福祉用具購入にかかる手続きのご案内＞

目次

| | |
|------------------------------|---|
| 【購入の対象となる福祉用具一覧】 | 2 |
| 【利用限度額】 | 3 |
| 【支給方法】 | 3 |
| 【支給要件・申請時等における注意事項】 | 3 |
| 【福祉用具の再購入について】 | 4 |
| 【申請に必要な書類】 | 5 |
| 【通知及び支払いの時期について】 | 5 |
| 【「福祉用具が必要な理由」欄の記載ポイント】 | 6 |
| 【福祉用具 領収書 記入例】 | 7 |

【福祉用具に関するお問い合わせ】

箕面市 市民部介護・医療・年金室 介護保険グループ（市役所本館 1 階）
電話 072-724-6860（介護直通）

【購入の対象となる福祉用具一覧】

| 対象品目 | 対象品目の種類等 |
|-----------------|---|
| 腰掛便座 | <ul style="list-style-type: none"> (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。） |
| 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商品は除く。 |
| 入浴補助用具 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 入浴用いす 座面の高さが概ね 35 cm 以上のもの又はリクライニング機能を有するもの (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 (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 (4) 入浴台 浴槽の縁にかけて浴槽の出入りを容易にすることができるもの (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 (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 (7) 入浴用介助ベルト 身体に直接巻き付けて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助できるもの |
| 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、取水また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 | 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等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く。 |
| スロープ（※） | 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。 |
| 歩行器（※） | 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。 |
| 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。 |

※印の品目はケアマネージャーや福祉用具専門相談員の提案を受け、利用者の意思決定では貸与または購入を選択することが可能です。

【利用限度額】

利用限度額は、要介護状態区分にかかわらず被保険者一人あたり10万円（同一年度内（4月～翌年3月）、消費税含む）で、利用者の負担割合に応じてその1割、2割または3割が自己負担です。

保険給付額は、9割分、8割分または7割分が給付されます（小数点以下切り捨て）。10万円を超えた分については給付の対象となりません（超えた分は自己負担となります）。

※給付制限を受けているかたは、利用者の負担割合が上がりますのでご注意ください。

【支給方法】

①償還払

利用者は福祉用具費用の全額を事業者に支払い、介護給付費の9割分（または8割分、7割分）は市から利用者に払い戻します。

②受領委任払

- ・事業者と利用者の合意のもと、利用者が購入費用の1割分（または2割分、3割分）を事業者支払い、残り9割分（または8割分、7割分）の保険給付分は市が直接、事業者を支給します。
- ・介護保険料に未納があり、給付制限を受けているかたは「受領委任払」を利用できません。
- ・**「受領委任払」を希望の場合は、購入前に「受領委任払承認申請書」を市へ提出してください。**後日、利用者・事業者の両者に「受領委任払承認・不承認決定通知書」を送付します。なお、不承認となった場合は、①の「償還払」となります。

※要介護認定を新規申請され、審査中のかたには、認定確認後に受領委任払承認・不承認決定通知書を送付します。

※受領委任払の承認決定は、支給決定ではありません。支給申請書の審査の結果、不支給となった場合は、受領委任払は無効となります。

【支給要件・申請時等における注意事項】

1. 対象者

- ・要支援1・2または要介護1から5に認定されたかたが対象となります。
- ・介護認定の結果が自立（非該当）となった場合は、対象になりません。

2. 購入希望の福祉用具が介護保険の対象であるかを確認

購入希望の福祉用具が介護保険の対象となるかはケアマネジャー、高齢者くらしサポート（地域包括支援センター）または市に確認してください。対象品目は【購入の対象となる福祉用具一覧】のとおりです。対象とならない場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。

3. 都道府県指定の福祉用具販売事業者以外で福祉用具を購入した場合

都道府県や市町村指定の福祉用具販売事業者以外で購入した場合、全額自己負担となりますのでご注意ください。

4. 利用者が入院・入所中の場合

退院・退所後に備え、入院・入所中に福祉用具を購入することはできますが、支給申請は退院・退所をして在宅になってから行ってください。（退院・退所しないこととなった場合、支給申請はできません。）

5. 複数個購入について

介護保険の支給を受けて購入した福祉用具について、同一品目の複数個購入（スロープを除く。）は、原則として給付の対象となりません。ただし、利用者の身体状況等に特段の個別事情がある場合は、特例として購入を認める場合がありますので、購入する前に必ず市へご相談ください。

6. 福祉用具の選定について

ケアマネジャー、高齢者くらしサポート（地域包括支援センター）、福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員による情報収集、課題抽出、アセスメント等を踏まえ、今後の生活の予測を十分に検討した上で福祉用具を選定してください。

7. 購入後について

購入した福祉用具について、適切な利用ができているか、不具合が生じていないかの確認をケアマネジャーや福祉用具専門相談員から定期的に受けてください。

【福祉用具の再購入について】

介護保険の支給を受けて購入した福祉用具について、同一品目の再購入は、原則として給付の対象となりません。ただし、以下のいずれかに該当しており、箕面市が必要と認めたときは支給される場合があります。再購入する前に必ず市へご相談ください。

| 項番 | ケース | 購入の可否 |
|----|--|--|
| 1 | 利用者の心身の状況等の著しい変化により、購入した福祉用具が合わなくなった場合 | 再購入可 ※利用者の心身の状況等の変化により前回購入したものを使用できない理由の記載が必要 |
| 2 | 破損（部品交換ができる場合） ※故意でないこと | 部品購入可 ※申請書に破損状態の分かる写真（日付入り）・販売業者による破損状況の説明書の添付が必要 ※保険給付の対象は部品の費用のみ |
| 3 | 破損（部品交換ができない場合） ※故意でないこと | 再購入可 ※申請書に破損状態の分かる写真（日付入り）・販売業者による破損状況及び部品交換ができない説明書の添付が必要 |
| 4 | カビ等による汚損・福祉用具の紛失 | 再購入不可 |

【申請に必要な書類】

購入前に提出する書類＜受領委任払を希望の場合のみ＞

1. 介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書（市所定様式）

2. 申請者（被保険者）の本人確認書類

- （1点でよいもの）マイナンバーカード（顔写真付き）、運転免許証、パスポートなど
 - （2点必要なもの）介護保険の被保険者証と負担割合証など
- ※申請者が代理人の場合は、次の書類も必要です。

- ・委任状
- ・代理のかたの本人確認書類（前記のとおりです）

3. 事業者の本人確認書類

- ・社員証などの委任事業者であることが確認できるもの及び本人確認書類（2. 申請者（被保険者）の本人確認書類と同様）

購入後に提出する書類

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（市所定様式第14号）

- ・「償還払」…被保険者本人名義の預金口座を記入してください。ただし、被保険者本人の預金口座がない場合は、代理人の預金口座に振込できます。この場合には「委任状」が必要です。
- ・「受領委任払」…事業者名義の預金口座を記入してください。

2. 購入した福祉用具がわかるパンフレット（コピーでも可）

3. 購入した福祉用具の領収証（宛名が被保険者本人名のもの）（P5記入例参照）

- ・「償還払」の場合は、原本を提出してください。
原本の返却希望の場合は、原本とコピーの両方をお持ちいただければ、確認後、返却します。
- ・「受領委任払」の場合は、領収証のコピーを提出してください（確認のため原本の提示が必要です）。なお、領収額の内訳として、「全額」、「本人負担割合」及び「超過分」（超過がある場合のみ）の記載が必要です。

4. 特定福祉用具販売計画書の写し

5. 申請者（被保険者）の本人確認書類

※購入前に提出する書類＜受領委任払を希望の場合のみ＞の「2. 申請者（被保険者）の本人確認書類」をご参照ください。

※受領委任払を希望し、承認申請時から変更がない場合は不要です。

【通知及び支払いの時期について】

- ・箕面市へ月の中旬までに申請をされた場合、翌月中旬に箕面市から指定口座への支給額と振込日をお知らせする「介護保険福祉用具購入費支給決定通知書」を送付します。
- ・申請書類に不備があった場合や、内容確認に時間を要した場合等は、通知や支払いが遅れることがあります。

【「福祉用具が必要な理由」欄の記載ポイント】

利用者の日常生活の自立のために、特定福祉用具を必要とする理由を具体的に記載してください。特に下記の3点が明確に記載されているか、確認してください。

様式第14号

| 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 | 272203 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| | | 個人番号 | |
| | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 要介護状態区分等 | 要支援 1・2 | 要介護 1・2・3・4・5 | |
| 住所 | 〒 ー | | |
| 福祉用具名 (種目及び商品名) | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
| | | 円 | 年 月 日 |
| | | 円 | 年 月 日 |
| | | 円 | 年 月 日 |
| 合計 | | 円 | |
| 指定事業所番号 | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | |
| 支給方法 | ・償還払 ・受領委任払 | | |
| (宛先)箕 | | | |

①利用者の「健康状態」や「ADL」

福祉用具利用に関連する既往歴などがある場合も記載すること。

②福祉用具がない状態での動作及び福祉用具使用による動作改善

何がどのように困難なのか、それによりどのような支障が生じているのか、福祉用具の購入が必要であること判断するに至った事象を、「立ち座り」「座位保持」などの動作レベルで記載すること。また、福祉用具を購入することにより、どのように改善できるのかを記載すること。

③該当商品を選択した理由

商品を選択した理由を記載すること。(肘掛けや背もたれの有無、付加機能の付いた商品など、なぜその商品を選択したかを記載すること。)

※②③は商品ごとに記載すること。

※記載欄に書ききれない場合は別紙にて理由書を作成すること。

※あまりに高額であったり過剰な付加機能の付いた商品については、必要性を確認する場合があります。

【福祉用具 領収書 記入例】

①償還払 購入金額（税込）110,000 円、支給限度額 100,000 円、負担割合 1 割の場合

| | | |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|
| 領 収 書 | 被保険者本人のフルネーム | 令和 XX 年 XX 月 XX 日 |
| 箕面 ゆずる 様 | | 申請書に記載の「購入日」 |
| 金額 110,000 円 (税込) | 商品名・型式・品番を記入 | |
| 但 介護保険福祉用具購入費 | | |
| ポータブルトイレ プラスチック便座 ABC12345 (ブラウン) | | |
| | 事業者 所在地 | 会社印 |
| | 事業者 名称 | |

※被保険者は全額を支払い、後日市から被保険者に 9 割分（90,000 円）を給付します。

②受領委任払 購入金額（税込）56,268 円、支給限度額 100,000 円、負担割合 2 割の場合

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------------|-------------------|
| 領 収 書 | 被保険者本人のフルネーム | 申請書に記載の「購入日」 | 令和 XX 年 XX 月 XX 日 |
| 箕面 ゆずる 様 | | | |
| 金額 11,254 円 (税込) | $56,268 \text{ 円} \times 2 \text{ 割} = 11253.6 \text{ 円} \rightarrow 11,254 \text{ 円}$ 自己負担分（2 割分）：小数点以下は切り上げ ※四捨五入ではありませんので、ご注意ください。 | | |
| 但 介護保険福祉用具購入費（2 割負担分、全額 56,268 円） | 商品名・型式・品番を記入 | | |
| ステンレス浴槽台 ABC12345、浴槽手すり ABC-123W | | | |
| | 事業者 所在地 | 会社印 | |
| | 事業者 名称 | | |

※被保険者は 2 割分を支払い、市から事業者へ 8 割分（45,014 円）を給付します。

③受領委任払 購入金額（税込）30,000 円、支給限度額 20,000 円（既に 80,000 円利用済）、負担割合 3 割の場合

| | | | |
|--|--|--------------|-------------------|
| 領 収 書 | 被保険者本人のフルネーム | 申請書に記載の「購入日」 | 令和 XX 年 XX 月 XX 日 |
| 箕面 ゆずる 様 | | | |
| 金額 16,000 円 (税込) | $(30,000 \text{ 円} - 20,000 \text{ 円}) + 20,000 \text{ 円} \times 3 \text{ 割} = 16,000 \text{ 円}$ | | |
| 但 介護保険福祉用具購入費（超過分 10,000 円、3 割負担分 6,000 円、全額 30,000 円） | | | |
| シャワーチェア 肘付き背もたれタイプ ABC12345 (ブルー) | | | |
| | 購入費内訳・商品名・型式・品番を記入 | 事業者 所在地 | 会社印 |
| | | 事業者 名称 | |

※被保険者は超過分と 3 割分を支払い、市から事業者へ 7 割分（14,000 円）を給付します。