

介護保険制度における 特定福祉用具購入に関する手引き

令和8年1月

二本松市

目 次

1 制度概要について	・・・ 1
2 支給申請について	・・・ 4
3 対象品目について	・・・ 6
4 その他	・・・ 8

【注意事項】

本Q & Aは、現時点での国の通知等に基づき作成しておりますが、保険者判断とされる部分については他自治体の取扱いと異なる場合があります。また、今後内容が変更となる場合があります。

1. 制度概要について

【問1】どのような人が申請できるのか。

要介護・要支援認定を受けており、在宅で生活している方が対象となります。

【問2】福祉用具購入の対象となる品目は何か。

以下の品目となります。

なお、本市においては、介護保険の福祉用具購入の給付対象とする商品について、公益財団法人テクノエイド協会の判断を基準として取り扱っております。したがって、同協会のホームページにおいて、介護保険の福祉用具購入の対象であることが表示されていない商品については、原則、保険給付の対象外となりますので、ご注意ください。

品目	備考
腰掛便座	次のいずれかに該当するものに限る。 ・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。） ・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を有しているもの ・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。）
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。 ただし、専用パッド、洗浄液等排せつ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	座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。 入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト
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に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。
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、排尿の機会を要介護者又はその介護を行う者に通知するもの。

固定用スロープ (※)	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。

(※) 固定用スロープ、歩行器、歩行補助つえは、令和6年4月から貸与と購入の選択制が導入されました。

【問3】 償還払いと受領委任払いの違いは。

償還払いとは、購入時に利用者がいったん費用の全額を事業者支払い、後から市が自己負担分を除いた額を利用者に対し支給する方法で、受領委任払いとは、購入時に利用者が自己負担分のみを業者に支払い、残りの額を市から事業者へ支払う方法です。

【問4】 購入までの流れは。

以下をご参照ください。

<p>(1) 相談 ※担当のケアマネに相談する。 ケアプラン上、福祉用具の利用が認められる場合には購入可。</p>	
<p>(2) 承認申請 (事前申請) 購入前に以下の書類を提出 ①福祉用具購入費受領委任払承認申請書兼同意書 ②見積書 (販売事業者→被保険者) ③カタログ ④被保険者証の写し</p>	<p>(2) (3) は 受領委任払の場合のみ</p>
<p>(3) 承認 被保険者ご本人様宛に承認通知書を送付</p>	
<p>(4) 購入</p>	
<p>(5) 支給申請 (事後申請) 購入後に以下の書類を提出 ①福祉用具購入費支給申請書または福祉用具購入費受領委任払支給申請書兼販売証明書 ②領収書 (販売事業者→被保険者) ③カタログ ④被保険者証の写し ⑤請求書 (販売事業者→市)</p>	<p>「償還払」の場合に必要 「受領委任払」の場合に必要</p>

【問4】購入する際の自己負担額はいくらになるのか。

負担割合証に記載されている割合（1～3割）に応じた額を負担していただきます。

なお、負担割合は、代金の支払日（領収日）時点での負担割合が適用されますので、受領委任払いの場合、受領委任払利用承認決定通知書に記載されている自己負担額と、実際に自己負担する額が異なる場合がありますので、必ず最新の負担割合証を確認してください。

※自己負担額の算定に当たって1円未満の端数が生じた場合は、切り上げて算出します。また、同時に2つ以上の福祉用具を購入した場合、それぞれの購入金額に負担割合を乗じて、それぞれ端数を切り上げて算出した額を合算します。

例) 負担割合1割の方が

①11,111円の福祉用具を購入した場合

$$\begin{aligned} \text{自己負担額} &= 11,111 \text{円} \times 1 \text{割} \\ &= 1,112 \text{円} \text{ (1円未満切上)} \end{aligned}$$

②11,111円の福祉用具と22,222円の福祉用具を同時に購入した場合

$$\begin{aligned} \text{自己負担額} &= (11,111 \text{円} \times 1 \text{割}) + (22,222 \text{円} \times 1 \text{割}) \\ &= 1,112 \text{円} + 2,223 \text{円} \text{ (それぞれ1円未満切上)} \\ &= 3,335 \text{円} \end{aligned}$$

2. 支給申請について

【問5】申請に必要な書類は。

申請書、領収書、購入した用具のカタログ、請求書（受領委任払の場合）が必要です。

※排泄予測支援機器の場合は、排泄予測支援機器確認書、医学的な所見の確認書面（主治医意見書など）を添付してください。

※固定用スロープを複数個購入する場合には、スロープを設置する場所がわかる図面と写真を添付してください。

【問6】申請に添付する領収書は原本が必要か。

領収書は、原則として原本を提出してください。

ただし、原本が必要な場合については、領収書の写しと原本をもって申請してください。窓口において原本を確認した後、原本はお返しいたします。

【問7】福祉用具の引渡し日と領収日が異なる場合、申請書の購入日はどちらを記載すれば良いか。

領収書の日付を記載してください。

【問8】実際に代金を支払うのが家族の場合、領収書の宛名は支払いをした家族でも良いか。

領収書の宛名は対象の被保険者本人としてください。

【問9】申請できる回数に制限はあるか。

福祉用具購入の支給限度基準額は同一年度（4月1日から翌年3月31日まで）で10万円であり、その範囲内であれば何度でも申請できます。

なお、支給額は、負担割合（※）に応じて9～7割が支給されます。

※領収日時点での負担割合が適用されます。

【問10】同じ物の再購入や複数個の購入はできるか。

原則、できません。

ただし、福祉用具が破損して使用できない、身体状況が著しく悪化した、種目の性質等から複数個の利用が想定される等の特別の理由があり、市が必要と認めた場合に限り、再購入・複数個の購入は可能です。

【複数個の購入について】

例えば、固定用スロープなどが想定され、その場合、複数個購入する必要性を確認するため、

申請書の「福祉用具が必要な理由」欄に、同福祉用具が複数個必要であることの理由を記載するとともに、スロープを設置する場所がわかる図面と写真を提出してください。

【再購入について】

再購入を希望する場合は、事前に高齢福祉課介護保険係（Tel0243-55-5115）にご相談のうえ、特定福祉用具再購入理由書を提出してください。

【問 11】入院（入所）中で、もうすぐ退院（退所）する予定だが、自宅に戻る前に購入することは可能か。

原則、入院（入所）中の場合は支給対象となりませんが、対象者の在宅復帰のために欠かせない事前準備として、退院（退所）にあわせて購入しておくことが必要かつ適切であると判断される場合には支給対象となります。

この場合、原則として、償還払いでの支給となり、支給申請は退院（退所）後に行ってください。また、事情により受領委任払いでの支給を希望される場合は、承認申請書の余白に退院（退所）予定日を記入してください。

ただし、退院（退所）できなくなった場合（死亡の場合を含む）は、支給することができません。また、一時帰宅は退院（退所）とはみなしません。

【問 12】要介護（要支援）認定申請中に購入することは可能か。

要介護（要支援）認定の結果がわからない時点であっても、必要かつ適正であると認められる場合は支給対象となります。

この場合、原則として、償還払いでの支給となり、支給申請は認定結果が出た後に行ってください。また、事情により受領委任払いでの支給を希望される場合は、要介護（要支援）認定の一次判定が出た後、その日以後に承認されることとなりますので、その旨ご理解のうえ申請してください。

ただし、要介護（要支援）認定の申請日より前に購入した場合や、認定結果が非該当であった場合、認定調査前に死亡した等により認定結果が出なかった場合などは支給対象となりません。

【問 13】福祉用具購入後に容態の急変などにより入院（入所）し、退院（退所）の見通しがつかない場合も支給対象となるか。

入院（入所）するまでに購入したものは支給対象となります。

3. 対象品目について

(1) 腰掛便座

【問 14】 日中は補高便座を使用し既存のトイレを、夜間はポータブルトイレを使用したい場合、同一種目だが支給対象となるか。

用途が異なるため、支給対象となります。

【問 15】 ポータブルトイレの高さ調整のため補高便座を購入したいが、支給対象となるか。

補高便座は、洋式便座の上に置いて高さを調整するためのもののため、支給対象外となります。

(2) 排泄予測支援機器

【問 16】 おむつ交換の時期を把握するために排泄予測支援機器を購入したいが、支給対象となるか。

排泄予測支援機器は、トイレでの自立に向けた排泄を促すことを目的としているため、おむつの交換時期を把握するための購入は支給対象外となります。

(3) 固定用スロープ

【問 17】 自宅内に段差が複数箇所あるため、固定用スロープを複数個購入することは可能か。

固定用スロープは、種目の性質等から複数個の利用が想定されるものであるため、複数個購入することも可能です。

なお、複数個購入する必要性を確認するため、申請書に複数個の購入が必要であることの理由を記載するとともに、スロープを設置する場所がわかる図面及び写真を提出してください。

※ 図面の作成が難しい特段の事情がある場合、事前にその旨を高齢福祉課介護保険係へ伝え、申請書の「福祉用具が必要な理由」欄にスロープを設置する箇所についての説明を記載してください。(例：居間の出入り口(写真①、段差〇cm)、寝室の出入り口(写真②、段差〇cm))

なお、申請書の記載スペースが不足する場合には、別紙(任意様式)の添付でも構いません。

(4) 歩行補助つえ

【問 18】 病院でのリハビリを行うにあたって杖を 2 本使用したいため、2 本購入することは可能か。

歩行補助つえを複数個購入することは可能ですが、本件のようにリハビリのみで使用する場合、長期間使用するものではないと想定されるため、基本的には貸与で対応すべきものと考えます。

しかしながら、貸与と購入の選択については利用者の判断によることとされているため、利用者が購入を選択する場合には、購入することも可能です。

その場合、申請書に複数個の購入が必要であることの理由を記載してください。また、貸与と購入の選択にあたっては、事前にサービス担当者会議などによる医療職を含めた多職種の意見を踏まえた利用者への説明・提案を行うこととされているため、サービス担当者会議の記録や利用者への説明内容がわかる書類の提出を求める場合があります。

【問 19】 杖先及び可動箇所ของゴム部分などの交換について、支給対象となるか。

歩行補助つえの杖先及び可動箇所のゴム部分並びにグリップ部分の交換については、使用中で当然に部品交換がなされることが前提になっているものと考えられるため、介護保険の支給対象となります。

再購入（部品購入）申請にあたっては、対象となる部品の写真（※）を添付してください。

ただし、購入から 1 年以内での再購入の場合、事前に高齢福祉課介護保険係（TEL55-5115）へ相談のうえ、写真及び「特定福祉用具再購入理由書」を添付してください。

※写真は日付入りとし、福祉用具全体を写したもの、交換対象となる部品を拡大したものを添付してください。

4. その他

(1) 申請書等記載例

■ 支給申請書

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払支給申請書兼福祉用具販売証明書										
フリガナ	【重要】裏面も必ず印刷してください。(裏面がない場合、再提出をお願いする場合があります。)									
被保険者氏名	被保険者番号									
生年月日	領収書の日付を記入してください。						男・女			
住所	〒						電話番号()			
福祉用具名	製造事業者名及び	購入金額	購入日							
赤破線内を訂正する場合、申請者の訂正印又は訂正箇所の脇に			年 月 日							
被保険者の署名が必要です。 ※販売事業者の訂正印は不可			年 月 日							
			円 年 月 日							
要 介 護 度										
二本松市長										
上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)給付申請書と併せて提出してください。										
なお、当該申請に係る給付費の受領について										
② 年 月 日										
住所										
申請者氏名(自署または記名押印)										
(被保険者)電話番号()										
福祉用具販売証明書										
二本松市長										
住所										
受取人 事業所名										
(販売事業者)代表者職氏名(自署または記名押印)										
電話番号()										
① 年 月 日										
代表者印を押印してください。										
年 月 日付け承認番号第 号にて受領										
用具について、上記のとおり販売したことを証明します。										
なお、特定福祉用具購入費の受領は、申請者の住所を以てその給付が決定										
承認決定通知書を確認し、記入してください。										
口座振込 依頼欄	信用金庫		本店		種					
	信用組合		支店			1				
	農協		出張所			2				
金融機関コード		店舗コード		3						
フリガナ										
口座名義人										
【申請書の日付】 申請の流れとして、まず販売事業者が証明し①、次に申請者が市に申請し②、その後販売事業者が請求することとなります。 よって、①②が同日の場合は問題ありませんが、①よりも②が古い日付の場合は訂正又は再提出が必要です。 また、①の日付は購入日(領収書の日付)以降としてください。										

■ 請求書

- ・宛名は「二本松市長」としてください。
- ・請求日は支給申請書の申請日以降（申請日と同日は可）としてください。
- ・被保険者本人の氏名を記載してください。
- ・特定福祉用具購入に係る請求であること、または、購入品名を記載してください。
- ・販売事業者名称・代表者を記載の上、代表者印を押印してください。
- ・受取人（販売事業者）と振込先口座名義人が異なる場合、その関係性がわかるように記載してください。

Ex) 販売事業者がAAで、振込先口座が事業者を運営する法人（株式会社BB）名義の場合
請求者の記載は、

AA 支店長 ○○ ではなく、株式会社BB
AA 支店長 ○○ としてください。

※支給申請書の受取人（販売事業者）の欄も同様としてください。

※令和6年4月1日以降に発行される請求書については、代表者印の押印を省略することが可能です。押印を省略する場合は以下の点にご留意ください。

- ・「本件責任者及び担当者の職名・氏名（フルネーム）・連絡先」を明記してください。
- ・「本件責任者」とは、代表取締役または支店長や営業所長といった、社内において権限の委任を受けた役職員の方となります。
- ・今回の取扱いは押印を省略できるようにするものであり、法人の代表者の職名・氏名の記載は省略できません。
- ・請求内容に誤りがあった場合、請求書の再作成が必要です。

《押印省略する場合の記載例》

株式会社○○

代表取締役 △△ △△（フルネーム）

本件責任者 二本松支店 支店長 ●● ●●（フルネーム） 電話 0243-12-3456

担当者 課長 ▲▲ ▲▲（フルネーム） 電話 0243-12-7890

※本件責任者が法人の代表者と同一となる場合においても、上記のとおり、法人の代表者と本件責任者はそれぞれ記載してください。

(2) 質問について

本Q & Aに記載のない事項について質問がある場合には、別紙質問票にて高齢福祉課介護保険係までお問い合わせください。

※電話・窓口でのご質問に対しては、その場で回答しかねますのでご了承ください。

【留意事項】

- ・ 回答は、質問票に記載された内容について行います。回答の際に追加の質問をいただいても即答しかねますのでご了承ください。
- ・ 質問票に記載しきれない内容がありましたら、別途、資料を添付していただいで結構です。
- ・ 質問票に記述されている項目（内容）が網羅されていれば、質問票の様式でなく別の様式でも差し支えありません。
- ・ 「〇〇について、保険者の判断を…」と照会される場合がありますが、判断には詳細な状況説明を求める場合がありますので、ご承知おきください。
- ・ 質問票に対する回答の連絡をした際に、担当者が不在でも対応できるよう、事業所内で質問内容の共有をお願いします。
- ・ 回答に当たっては、内容により高齢福祉課内での検討や福島県などへの問い合わせのために時間を要する場合がありますので、ご承知おきください。
- ・ いただいた質問票の中で、同様の質問が多い項目等については、Q & Aに追加していく予定です。

【参考】

質 問 票

年 月 日

二本松市高齢福祉課介護保険係 行

FAX 0243-22-1547

TEL 0243-55-5115

事業所名 _____

事業所管理者名 _____

事業所番号 _____

事業所	サービス種類	回答先電話番号
	担当部門名	担当者名
質問タイトル		
質問の対象サービス		
質問の趣旨 ・内容		
事業所内で検討した関連規程		
事業所内で検討した際の疑問点		
回 答 (※保険者記入)		担当者氏名 :