

特定福祉用具販売の手引き (介護支援専門員・販売事業所向け)

福祉用具購入費支給の申請をいただく際の注意点をあげております。
不明点は必ず事前に高齢介護課にお問い合わせください。

藤井寺市 健康福祉部 高齢介護課

令和 8 年 10 月作成

目次

1. 申請について	3
2. 購入について	3
(1) 同一種目の再購入について	3
(2) 付加機能のあるものについて	3
(3) 選択制について	3
(4) スロープの購入について	3
(5) 支給限度基準額について	3
3. 申請提出書類についての留意点	4
(1) 福祉用具購入費支給の申請書類に共通する注意点	4
(2) 費用負担割合の基準日と支払い方法について	4
(3) 特定福祉用具販売の流れ	5
(4) 申請に必要な書類	
① 申請書	6
② 販売証明書	7
③ 請求書	7
④ パンフレット(写し)	7
⑤ 領収書(原本)	8
⑥ 領収書(写し)	8
⑦ 代理権授与通知書	8
⑧ 受領委任払い届出書	9
⑨ 排泄予測支援機器確認調書	11
(5) 被保険者が死亡した場合	12
4. 入院(入所)中、要介護認定申請中の方の申請について	12
チェック表	13
福祉用具Q & A	14

1.申請について

- ・事前申請は必要ありません。購入後、書類をそろえて支給申請を行ってください。
- ・ただし、購入後に同一種目の再購入であることが判明した場合、支給対象とならないことがあります。
- ・藤井寺市では独自の事業所登録制度はありません。
- ・都道府県より特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売の指定を受けている事業所であれば、藤井寺市以外の事業所での購入も可能です。

2.購入について

(1)同一種目の再購入について

- ・同一種目の再購入は基本的に認められません。
- ・介護保険では耐用年数は定められておりません。そのため、購入から期間が経過したことのみを理由とした再購入は認められません。
- ・破損や身体的状況の変化などで再購入を希望される場合は、部品交換などでの対応を検討の上、**事前に**高齢介護課に支給対象となるかご相談ください。
破損の場合はその部分の写真を撮影するなど、状況がわかるようにしてご相談ください。
- ・紛失、廃棄、譲渡、衛生面(カビなどで汚れているなど)のみを理由にした再購入は原則認められません。
- ・購入後でも、以前に同一種目の購入があることがわかった場合は支給対象にならないことがありますのでご注意ください。
- ・種目の性質上、スロープ、ロフトランドクラッチ(前腕支持型杖)など一部の種目については複数購入も可能です。(介護保険最新情報Vol.1225 令和6年3月15日、問98 答参照)

(2)付加機能のあるものについて

- ・付加機能(温水洗浄機能や暖房機能、自動ラップ機能等)のついたものを選定される場合は、「福祉用具が必要な理由」に**被保険者本人の自立支援のために、標準タイプでは十分ではない理由や、その機能の必要性、個別的・具体的な必要性からその機種を選定した理由を明記**してください。
被保険者や家族の単なる希望や、生活の質を高める目的のみでは認められません。
 - ・温水洗浄便座のリモコンについては、腰掛便座としての種目に該当する機能ではないため、支給対象にはなりません。
- また、付加機能の故障による部品交換や再購入の支給は認められません。

(3)選択制について

令和6年4月より、一部用具について貸与と購入を選択できるようになりました。
貸与から購入に変更する際、事前申請など特別な手続きは必要ありません。
理由欄に福祉用具購入を必要とする理由とともに、貸与から購入とする理由を記入してください。
中古品の取り扱いについては介護保険最新情報(令和6年4月30日 Vol.1261)をご確認ください。

(4)スロープの購入について

スロープを購入する際は、どの場所に設置するのかを明確にしてください。
理由欄にどの商品をどの場所に設置するか記入する、平面図に設置場所とスロープの種類、個数を記載し添付していただくなど、方法は問いません。

(5)支給限度基準額(支給上限額)について

同一年度(4月～3月)で10万円を上限に保険給付額が支給されます。
代金を完済した日が基準日となり、基準日時点での支給限度基準額の年度になります。
(例:令和7年3月20日(令和6年度)に購入し、代金の完済が4月5日(令和7年度)の場合、支給限度基準額は令和7年度となります)

3.申請提出書類についての留意点

(1)福祉用具購入費支給の申請書類に共通する注意点

- ・書類の申請者や請求書・領収書の宛先は被保険者氏名(フルネーム)を記載してください。
被保険者が死亡している際の宛先等については、後述していますのでご確認ください。
- ・基本情報は介護保険被保険者証に記載されている内容を確認し、間違いなく記入してください。
- ・名前は介護保険被保険者証に記載されている漢字を使用してください。
「齊」「斎」「齊」「齋」、「清」「清」、「崎」「崎」、「恵」「恵」などの異体字、旧字やしんにような1点2点などにもご注意ください。必ずしも入力する必要はありませんので、その際は手書きしていただいて構いません。
手書き文字と入力文字が混じっていても問題はありません。
- ・**印**と書かれているものには押印が必要です。
- ・提出書類がそろっているか確認してください。誤字脱字に注意してください。
- ・書類は全てA4サイズで提出してください。原本を提出する小さいサイズの書類は、A4サイズの紙に剥がれないように貼付してご提出ください。(例:領収書原本は返却しますので貼付不要です。)

(2)費用負担割合の基準日と支払い方法について

領収日時点での負担割合が適用されます。

負担割合証と介護保険被保険者証(給付制限※1が記載されています)の両方を確認し、正しい額を領収してください。

※1 介護保険被保険者証に給付制限期間の記載があれば、その期間内は給付制限がかかっています。

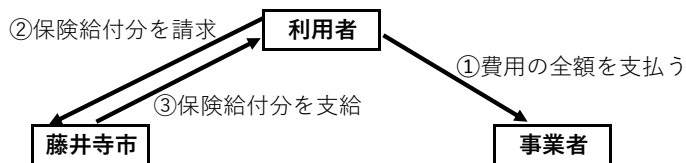
そのため、負担割合証に記載されている負担割合とは違う負担割合になります。

例えば、負担割合証の負担割合が1割と記載されていても、給付制限のかかっている期間は3割負担になります。

福祉用具購入の支払い方法には、償還払いと受領委任払いの2種類の方法があります。

<償還払いとは>

利用者が事業者に対し購入費用の全額を支払い、その後利用者が介護保険給付分を市に請求する支払い方法です。

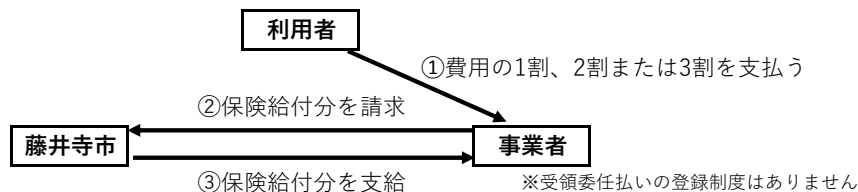


※ 申請書に口座を記入してください。利用者本人以外の口座への支払いを希望する場合、代理権授与通知書が必要です。
購入申請の届出を市が受理しないと支払いの手続きはできません。

<受領委任払いとは>

利用者が事業者に対し、費用の負担割合に応じて1割、2割もしくは3割分を支払い、事業者が介護保険給付分を利用者に代わって市に請求する支払い方法です。

ただし、入院・入所中の方や新規申請中の方、給付制限のある方は選択できません。



※受領委任払い届出書が必要です。

受領委任払い届出書の「サービス事業者の同意書兼口座振り込み依頼欄」は事業者が記入押印してください。

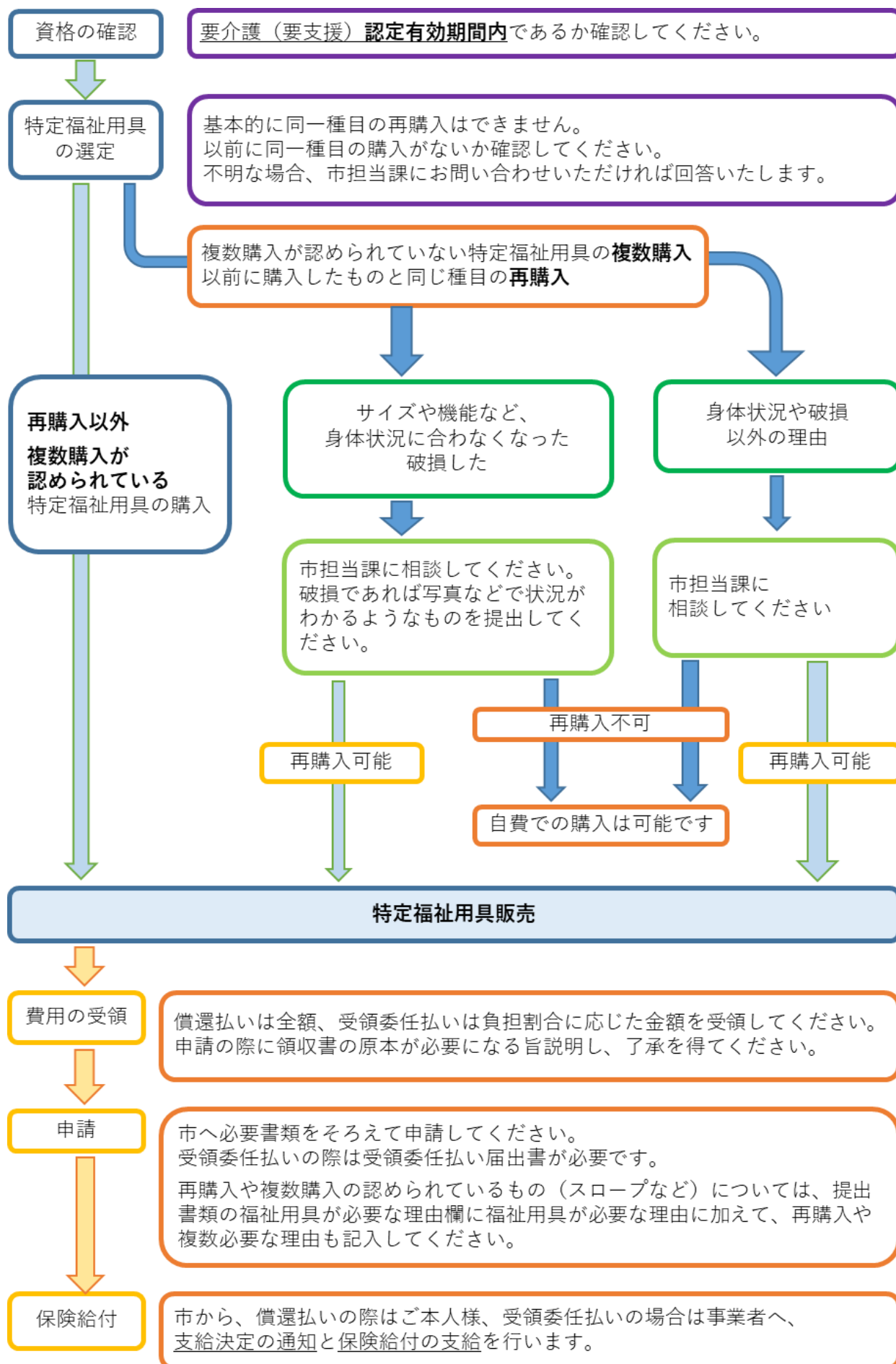
【注意】

入院・入所中の方、新規申請中の方、給付制限のある方は償還払いのみとなります。

償還払いで被保険者以外の口座に入金を希望される場合は**代理権授与通知書**の提出が必要です。

受領委任払いの登録制度はありません。受領委任払い届出書を提出してください。

(3)特定福祉用具販売の流れ



(4)申請に必要な書類

①申請書(市の所定様式)＜提出必須＞

- ・「福祉用具が必要な理由」欄は ①申請書もしくは販売証明書のどちらにも理由を記入する ②どちらかに理由を記入し、記入していない方を別紙参照とする ③申請書・販売証明書の両方に別紙参照と記載し、福祉用具が必要な理由を記入した書類を添付する、いずれの方法を選んでいただいても構いません。
- ・購入金額は購入品の **10 割分**の金額を記入してください。
- ・償還払いの際は申請書の口座振替依頼欄に口座情報を記入してください。
金融機関コード、店舗コードも記入してください。口座名義人のフリガナは漢字・ひらがな・カタカナ問わず、全てをカタカナで記入してください。
被保険者以外の口座に振込を希望する場合は「代理権授与通知書」を提出してください。
- ・受領委任払いの場合は、申請書の口座振替依頼欄に記入せず「受領委任払い届出書」を提出してください。
- ・福祉用具種目は ①腰掛便座 ②自動排泄処理装置の交換可能部品 ③排泄予測支援機器 ④入浴補助用具 ⑤簡易浴槽 ⑥移動用リフトのつり具部分 ⑦スロープ ⑧歩行器 ⑨歩行補助つえ のいずれかを記入して下さい。

＜複数購入した時＞

購入日、領収日のどちらも同じ日の場合は、1 枚の申請書で提出いただいて構いません。

購入日、領収日のどちらかもしくはどちらも異なる場合は、分けて申請してください。

介護保険被保険者証の内容を確認し、正しく記入してください。漢字間違いに気を付けてください。

様式第1号(第2条関係)

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	フジイダ ハナコ	被保険者番号	2 7 3 2 6 0
被保険者氏名	藤井寺 花子	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
生年月日	昭・大・昭 6 年 5 月 15 日生	性別	男・女
住所	〒 藤井寺市岡 1-1	電話番号	072-939-1165
福祉用具名 (種目名及び商品名)	入浴補助用具 浴槽台○○組立タイプ15-25	製造事業者名及び 販売事業者名	〇〇製作所 フジイから福祉用具事業所
	購入金額	購入日	25,000 円 6 年 3 月 16 日
福祉用具名 (種目名及び商品名)	〇〇製作所 〇〇製作所 フジイから福祉用具事業所	購入金額	75,000 円 6 年 3 月 16 日
福祉用具が必要な理由	別紙参照		
藤井寺市長 様 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。 6 年 3 月 17 日 住所 藤井寺市岡 1-1 申請者 氏名 藤井寺 花子 ④ 電話番号 072-939-1165			
注意・この申請書の裏面に、証明書・領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。 ・「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、裏面に記載して下さい。			
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下さい。			
口座振込依頼欄	銀行 店名	本店 支店	種目
	金融		口座番号
	フリガ		
	口座名義		

上段には福祉用具種目として

- ①腰掛便座 ②自動排泄処理装置の交換可能部品
③排泄予測支援機器 ④入浴補助用具 ⑤簡易浴槽
⑥移動用リフトのつり具部分 ⑦スロープ ⑧歩行器
⑨歩行補助つえ のいずれかを記入して下さい。

下段には商品の名前とサイズやタイプなどを記入してください。

上段には添付カタログ通りの製造業者名
下段には販売業者名を記入してください。

購入金額は購入品の **10 割分**の金額を記入してください。

購入品ごとの理由を記入するか、別紙に記入しているのであれば別紙参照と記入してください。

償還払いの際に被保険者(本人)の
口座等を記入してください。

②販売証明書(任意書式 ※参考様式あり) <提出必須>

- ・腰掛便座(ポータブルトイレや補高便座など)を購入の際、腰掛便座本体と区分できない一体化となっている温水洗浄機能や暖房機能、家具調やラップ式などの付加機能のついたものを選定される場合は、「福祉用具が必要な理由」にその機能の必要性やその機種を選定した理由を記入してください。
- ・「福祉用具が必要な理由」欄は ①申請書もしくは販売証明書のどちらにも理由を記入する ②どちらかに理由を記入し、記入していない方を別紙参照とする ③申請書・販売証明書の両方を別紙参照と記載し、福祉用具が必要な理由を記入した書類を添付する、いずれの方法を選んでいただいても構いません。
- ・「福祉用具が必要な理由」の別紙として「福祉用具購入計画書」を提出いただいても構いません。ただし、その際も販売証明書は必要です。
- ・サイズや種類がある場合は、サイズや種類も記入してください。(色は不要です)
- ・再購入の際は市へ相談の上で「福祉用具が必要な理由」欄に再購入であることと、その理由を記入してください。

特定福祉用具販売証明書

6 年 3 月 16 日

森井寺市長 様

事業所 住所 森井寺市 1-23-456
 名称 株式会社フジでら フジでら福祉用具事業所
 代表者 道明 寺郎
 介護保険事業所番号 2771234567 印

下記のとおり特定福祉用具を販売したことを証明いたします。

記

○被保険者氏名 森井寺 花子
 ○被保険者住所 森井寺市 1-1-1
 ○被保険者番号 0123456789
 ○福祉用具名 入浴補助用具 / 腰掛便座
 ○商品名 浴槽台〇〇 / 〇〇ポータブルトイレひじ掛け昇降
 幅広タイプ 15-25 ソフト便座
 ○製造事業者名 〇〇製作所 / 〇〇製作所
 ○購入金額 25,000円 / 75,000円
 ○負担区分 1割 2割 3割
 ○購入年月日 6 年 3 月 16 日
 ○介護保険給付費の受領方法 受領委任払い 償還払い
 ○商品選定者 介護支援専門員
 福祉用具専門相談員
 その他
 ○福祉用具が必要な理由
 膝の痛みと下肢筋力の低下から、立ち上がり時に困難さがある。床面から 20 cm の高さのある浴槽台を使用することで、手すりを使用し一人で立ち上がることができるようになる。今後、身体状況にあわせて高さを換えられる入浴台を使用することで、一人での入浴を継続できる。
 夜間排尿のために覚醒することが多くふらつきもあるので、ポータブルトイレを使用することで、転倒リスクを減らして一人で排泄ができる。排泄の時に足部の移動で移動できるようひじ掛けの昇降が必要。移動時にかなり体重をかけるので、重量のある家具調を選定、やせ型で床面が固いと痛みがあるのでソフト便座を選定する。

福祉用具を販売した事業所が作成してください。

申請書と同様に福祉用具の種目、商品名、製造事業者、購入金額(10 割分)を記入してください。
 複数ある場合は並列してご記入ください

販売した商品ごとに、商品(機能)を選定した理由を記入してください。

例えば、シャワーチェアが必要な理由だけではなく、背もたれのあるもの、ないものを選定した理由、ひじ掛けが可動できるものを選定した理由など、具体的に記入してください。

付加機能のあるもの(例:ポータブルトイレの家具調のものやひじ掛けの可動、洗浄機能など)や再購入の場合は、付加機能の必要性や再購入の必要性も記入してください。

スロープは設置場所や個数を記載するか平面図などで示してください。

③請求書(任意書式) <提出必須>

- ・原本をご提出ください。
- ・A4 サイズより小さい場合はA4 サイズの白紙に貼付してください。
- ・請求書の書式は問いません。事業所名、住所、連絡先が確認できるようにしてください。
- ・宛名には被保険者氏名(フルネーム)を正しく記入してください。
- ・全額(10 割)の金額で作成してください。

④パンフレット(写し) <提出必須>

- ・購入品がわかるように印をつけてください。
- ・サイズや種類がある場合は、購入したものがわかるようにしてください。

⑤領収書(原本)＜提出必須＞

- ・宛名には被保険者氏名(フルネーム)を正しく記入してください。
- 「償還払い」方式は10割分「受領委任払」方式は利用者負担分が受領額になります。
- 支給限度額を超えた場合の計算に注意してください。
- (例:支給限度額10万円で15万円の購入の際、利用者負担1割であれば、負担金は10万円の1割の1万円と超過分の5万円で計6万円となります)
- ・但し書きも記入してください。(例:「(福祉用具名)購入費自己負担分」等)
- ・確認後原本は返却します。郵送で事後申請される場合は領収書返却用に返信用封筒を同封してください。

<注意>

介護保険被保険者証、負担割合証の両方を確認し、代金を完済した日(領収日)時点での負担割合で正しい金額を領収してください。

負担割合については、お問い合わせいただいても回答できません。負担割合証等で確認してください。

なお、給付制限については介護保険被保険者証に記載されています。

⑥領収書(写し)＜提出必須＞

- ・領収書をA4サイズの紙にコピーして原本とともに提出してください。

⑦代理権授与通知書(市の所定様式)＜必要時＞

- ・償還払いで、本人以外の名義の口座に支払いを求めるときに提出してください。
- ・本人の口座に振り込む際や、受領委任払いの際は不要です。

代理権授与通知書	
6年 3月 16日	
藤井寺市長 様	
委任者 (被保険者)	住 所 藤井寺市岡1-1-1
	氏 名 藤井寺 花子
	生年月日 大・昭・平 6年 8月 24日
下記の者を代理人として、藤井寺市から支給される介護保険の保険給付分の受領を委任しましたので、通知します。	
代理人	住 所 藤井寺市岡1-1-1
	氏 名 藤井寺 太郎
	生年月日 大・昭・平 7年 1月 11日
	被保険者との続柄 夫

この書類を記入した日を書いてください。

被保険者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

被保険者の押印が必要です。

振込先の口座名義人が代理人となります。
代理人の住所・氏名・生年月日・委任者(被保険者)との続柄を記載してください。

代理人の押印が必要です。

⑧受領委任払い届出書(市の所定様式)＜必要時＞

- ・受領委任払いの際に必要です。
- ・登録制度はありませんので、どの事業所でも受領委任払いを選択いただけます。
- ・入院・入所中、新規申請中、給付制限中の方は償還払いのみとなりますのでご注意ください。
- ・被保険者の押印が必要です。氏名が異体字などで印鑑と違う場合(正しくは齋藤だが斉藤の印しかない場合など)は提出時にお声がけください。

・口座名義人のフリガナは漢字・ひらがな・カタカナ・アルファベットを問わず、口座名義人欄に記入いただいた名義人のフリガナを全てカタカナで記入してください。

法人名の略称は「株式会社」は「カ(カブではありません)」「有限会社」は「ユ(ユウではありません)」「医療法人」は「イ」など決まりがあります。

()の位置にも決まりがありますので、下記例を確認し、正しく記入してください。

＜例＞

医療法人フジイでら → **イ**フジイデラ

フジイでら有限会社 → フジイデラ**ユ**

フジイでら株式会社フジイでら福祉用具事業所 → フジイデラ**カ**フジイデラフクシヨウグジギョウシヨ

- ・令和8年8月より押印は不要になりましたが、入札等で藤井寺市に業者登録をされている事業者は、登録時の印鑑を押印してください。

住宅改修・福祉用具購入受領委任払い届出書

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
被保険者氏名	藤井寺 花子		生年月日		大 昭 平		6		年 8 月 24 日		
サービス事業者の所在地及び名称	藤井寺市岡1-23-456 株式会社フジイでら フジイでら福祉用具事業所										
利用開始年月日	令和 6 年 3 月 1 6 日		から								
利用サービスの内容	住宅改修 ・ 福祉用具購入費										
私が介護保険で給付を受ける上記費用の受領権をサービス事業者に委託しましたので届出します。											
藤井寺市長 殿	被保険者		住所		藤井寺市岡1-1-1		氏名		藤井寺 花子		
			※本人署名又は押印								
			電話番号			072-939-1111					
サービス事業者の同意書兼口座振込み依頼書											
藤井寺市から給付される上記被保険者様に係る介護保険給付費の受領権限については、私が被保険者から委任を受け、受任することに同意します。											
なお、支給にあたっては下記の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。											
(サービス事業者)											
所在地			藤井寺市岡1-23-456								
名称			株式会社フジイでら フジイでら福祉用具事業所								
代表者氏名			道明 寺郎								
電話番号			072-912-3456								
振込先	銀行コード	0000	銀行	口座種別	0000	普通	口座番号	9876543			
	藤井寺	信用金庫									
	支店コード	0000	フリガナ	カ) フジイデラ							
	藤井寺駅前	支店	口座名義人		株式会社フジイでら						

＜承認の要件＞①工事完了又は、納品の検収が完了していること。

※記入漏れがないか、確認してください※

介護保険被保険者証で情報を確認してください。
名前の漢字間違いが多く見受けられます。
異体字や旧字などにご注意ください。

← 下記のサービス事業者の所在地、名称と同じものを記入してください。

← 販売日を記入してください。

← 福祉用具購入費に○をしてください。

← 被保険者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

※令和 8 年 8 月より署名の際は押印不要になりました。署名ではない場合は押印が必要です。

口座名義人と事業者の関係がわかるように名称を記入してください。

口座名義人「株式会社フジイでら」の場合、事業者名称「フジイでら福祉用具事業所」では同一かの確認ができませんので、サービス事業者名称に「株式会社フジイでら フジイでら福祉用具事業所」と記入してください。

口座名義人に社名が入らず個人名「道明 寺郎」のみであれば代表者名「道明 寺郎」と同じである確認ができますので、事業所名称は「フジイでら福祉用具事業所」でも問題ありません。

← 上記のサービス事業者の所在地、名称と同じものを記入してください。

← 代表者氏名・電話番号を記入してください。※令和 8 年 8 月より押印不要になりました。

← 銀行名・支店名・口座種別・口座番号を記入してください。

← 口座種別の記入漏れが多くみられますので、ご注意ください。

← ひらがな・カタカナ等問わず、口座名義人のフリガナを全てカタカナで記入してください。

← 口座名義人を正しく記入してください。

※令和 8 年 8 月より銀行コード・支店コードが

追加になりました。

⑨排泄予測支援機器確認調書(市の所定様式) <必要時>

- ・排泄予測支援機器を購入する際に必要です。
- ・令和4年4月1日より「排泄予測支援機器」が介護保険の給付対象となりました。販売にあたっては従来の取り扱いとは異なる部分がありますので注意してください。
- ・下記通知等を確認してください。
 - ・令和4年3月31日 老高発 0331 第3号「介護保険の給付対象となる排泄予測支援機器の留意事項について」
 - ・令和4年3月31日 事務連絡「介護保険制度の福祉用具・住宅改修に係るQ&Aの送付について」
- ・排泄予測支援機器はトイレでの自立した排尿を目的として給付するものであり、おむつの交換時期等の把握や失禁をなくすものではありません。
- ・認定調査の調査項目 2-5 排泄 が「1.介助されていない」「4.全介助」の方については、排泄予測支援機器を使用することでトイレでの自立した排泄が期待できるか、十分に検討してください。
- ・販売前に、適切に使用できるか一定期間の試用を行い、継続した使用が困難な場合は試用の中止を助言してください。
- ・販売後でも、継続的な支援が必要な場合は訪問し利用方法の支援等を行ってください。
- ・専用ジェル等の装着の都度消費するものや専用シートなどの関連製品は対象となりません。
- ・通常の福祉用具購入にかかる申請書等に「排泄予測支援機器確認調書」・「利用者の膀胱機能に関する医学的な所見がわかる書類」を併せて申請してください。

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。				
6 年 5 月 16 日				
事業所名		フジイでら福祉用具事業所		
確認者名		土師 里子 (福祉用具専門相談員)		
記				
利用者氏名	藤井寺 花子	被保険者番号	123456789	
生年月日	6 年 8 月 24 日	年齢	91 歳 要介護度 要介護3	
同居家族	有 無	トイレへの主な介助者	夫	
要介護認定調査項目 (2-5排泄)	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助			
確認項目	☒ 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 ☒ 装着することが可能 ☒ 本人や介助者等が通知を理解でき、トイレまでの移動や誘導が可能 ☒ 介護認定審査会における主治医の意見書			
膀胱機能の確認の基とした医学的所見	☐ 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			
医療機関名	〇〇診療所	医師名	〇〇 △×	
試用の有無	有 無 (無の場合は以下に試用しなかった理由を記載)			
試用結果	メーカー名	▲■製作所	機種名	排泄予測支援機器○●
	試用期間	1 月 11 日 ~ 1 月 20 日 (1日あたり 9 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	5 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)			
	1 月 11 日	3 回 / 5 回	1 月 16 日	7 回 / 7 回
	1 月 12 日	7 回 / 8 回	1 月 17 日	5 回 / 6 回
	1 月 13 日	8 回 / 8 回	1 月 18 日	6 回 / 6 回
	1 月 14 日	5 回 / 7 回	1 月 19 日	7 回 / 7 回
1 月 15 日	6 回 / 8 回	1 月 20 日	7 回 / 8 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。

押印は不要です。

確認者は排泄予測支援機器の試用状況を
確認した福祉用具専門相談員の氏名を
記入してください。

全て該当するか確認し、チェックしてください。

確認した書類にチェックし、
その書類を添付してください。

(5)被保険者が死亡した場合

書類の宛先や申請者が変わることがありますので、以下をご確認ください。

①請求日、領収日が死亡日以降の場合

請求書・領収書は「被保険者の相続人代表」宛になります。

申請者は「被保険者の相続人代表」となります。

②請求日が死亡日以前で領収日が死亡日以降の場合

請求書は「被保険者」宛になります。

領収書は「被保険者の相続人代表」宛になります。

申請者は「被保険者の相続人代表」となります。

③請求日、領収日の全てが死亡日以前で、申請のみ死亡日以降の場合

請求書・領収書は「被保険者」宛となります。

申請者は「被保険者相続人代表」となります。

時間経過 →					
①	福祉用具販売	死亡	費用請求	費用領収	支給申請 保険給付
②	福祉用具販売	費用請求	死亡	費用領収	支給申請 保険給付
③	福祉用具販売	費用請求	費用領収	死亡	支給申請 保険給付

◆◆◆名前の書き方◆◆◆

被保険者(死亡者)が 藤井寺花子 さん、相続人代表者が 藤井寺太郎 さんの場合
「藤井寺花子 相続人代表 藤井寺太郎」とご記入ください。

4.入院(入所)中、要介護認定申請中の方の申請について

<入院・入所中の方>

入院(入所)中であっても、退院(退所)の予定がある場合福祉用具を購入することは可能です。

ただし、退院(退所)しなかった場合、福祉用具購入費の支給はできません。

福祉用具購入費の支給申請については、退院(退所)後に申請してください。

<要介護認定新規申請中の方>

要介護認定の新規申請中の方でも福祉用具を購入することは可能です。

ただし、非該当の結果が出た場合、福祉用具購入費の支給はできません。

福祉用具購入費の支給申請については、要介護認定の結果が出たあとに行ってください。

<要介護認定更新・区分変更申請中の方>

要介護認定の更新・区分変更申請中の方でも福祉用具の購入を行うことは可能です。

福祉用具購入費の支給申請については、更新・区分変更前の要介護認定有効期間内に購入した場合は結果を待たずに行っていただいても構いません。

例:3 月末までの有効期間で更新申請中の場合

3 月末までに購入した場合は結果を待たずに申請可能

4 月以降に購入した場合は結果が出てからの申請

チェック表は確認のために利用してください。

作成必須ではありません。

提出は不要です。

☐	申請書 （市の所定様式）
	記入漏れなく、必要な項目を記入している。
	被保険者の氏名、住所、生年月日などの基本情報が被保険者証と一致している。 漢字・フリガナの間違いがない。 旧字や異体字なども正しく記入している。
	申請日は全ての添付書類の日付以降の日になっている。
	福祉用具種目（腰掛便座、入浴補助用具など）、商品名の両方を記入している。
	製造事業者名、販売事業者名の両方を記入している。
☐	販売証明書 （任意様式 ※参考様式あり）
	記入漏れなく、必要な項目を記入している。
	付加機能のあるものには選定した理由を明記している。
☐	請求書（原本） （任意様式）
	宛先が 被保険者（フルネーム） になっている。（死亡時は手引き12ページ参照）
	福祉用具の費用全額が記載されている。
	A4サイズより小さい請求書は、A4サイズの紙に貼り付けている。
☐	カタログ （写しで可）
	商品や種類、サイズ等、購入したものがわかるように示されている。（方法は問わない）
☐	領収書（原本） （任意様式）
	宛先が 被保険者（フルネーム） になっている。（死亡時は手引き12ページ参照）
	被保険者証、負担割合証で負担割合を確認し、正しい額を領収した。（償還払いは10割を受領）
	購入した商品が明記されている。
	領収日は請求日と同じもしくは請求日以降の日付である。
☐	領収書（写し）
	A4サイズに等倍でコピーしている。
	鮮明で内容が容易に確認できる。
☐	代理権授与通知書 （償還払いで被保険者以外の口座への支払いを希望する時）（市の所定様式）
	記載内容に間違いがなく、それぞれの押印がある。
☐	受領委任払い届出書 （受領委任払い時必要）（市の所定様式）
	記入漏れなく、必要な項目を記入している。
	被保険者の氏名、住所、生年月日などの基本情報が被保険者証と一致している。 漢字・フリガナの間違いがない。 旧字や異体字なども正しく記入している。
	利用開始年月日は販売日と同日を記入している。
	申出日は販売日以降の日付になっている。
	サービス事業者の所在地・名称に相違がない。（手引き9.10ページ参照）
	サービス事業者と口座名義人の関係がわかる記載になっている（手引き9.10ページ参照）
☐	排泄予測支援機器確認調書 （排泄予測支援機器の購入時）（市の所定様式）
	記入漏れなく、必要な項目が記載されている。
	膀胱機能に関する医学的所見の確認できる書類を添付している。

市の所定様式については、藤井寺市のホームページに掲載しておりますのでご確認ください。

不明点は必ず事前にお問い合わせください。

福祉用具Q＆A

<手続きについて>

Q:購入前に申請は必要ですか。

A：不要です。購入後に書類をそろえて申請してください。

ただし、理由のない不必要な福祉用具の購入や、以前に同一種目の購入を行っていた場合など、支給対象とならないことがありますのでご注意ください。

<再購入について>

Q:同じ種目のものを複数購入できますか。

A：基本的に同一種目のものの複数購入、再購入は認められません。

ただし、要件によっては認められる場合もあります。

<再購入が認められる可能性がある例>

- ・身体状況が変化し、以前購入したものでは合わなくなった（大きさやひじ掛けの有無など）
- ・適切に使用していたが壊れた（部品交換優先）

<原則再購入が認められない例>

- ・廃棄　・汚染　・譲渡　・紛失

再購入する前に、必ず高齢介護課に相談してください。

破損の際は破損状態がわかるような写真などをご準備のうえ相談してください。

廃棄などの場合は「いつ廃棄したのか。またその理由」「廃棄したときから再度福祉用具が必要になるまでの間、福祉用具を使用せずにどのように生活行為を行っていたのか」などを聞き取りご相談ください。

購入後でも、以前に同一種目を購入したことが分かった場合は支給対象にならないことがあります。

種目の性質上、スロープ、ロフトランドクラッチ（前腕支持型杖）など一部の種目については複数購入を認めています。

<注意>

申請の際に、以前購入していたことがわかり支給対象にならない事例があります。

被保険者や家族が購入したことを覚えていない、担当の介護支援専門員が変更になっていて経緯がわからないなどは再購入の理由にはなりません。

耐用年数は定めていませんので、購入から年数が経ったことは再購入の理由にはなりません。

お問い合わせいただければ、同一商品の購入歴があるか回答させていただきます。

Q:歩行補助つえのゴム部分を交換したいが、支給はできますか。

A：購入前に市が破損状態を確認し、対象と判断すれば支給可能です。

Q:以前介護保険を利用し洗浄機能付きの補高便座を購入しました。洗浄機能が壊れてしまいましたが、再購入の支給対象になりますか。

A：なりません。

洗浄機能はあくまで補高便座の付加機能です。

付加機能が壊れたという理由では支給対象になりません。

<付加機能のある商品について>

Q:①家具調のポータブルトイレを買いたいのですが、支給可能ですか。

②便座暖房機能のついたポータブルトイレを買いたいのですが、支給可能ですか。

③洗浄機能付きの補高便座を買いたいのですが、支給可能ですか。

A：身体的に必要な理由があるのであれば購入可能です。

見栄えがいいから、部屋のインテリアになじむからというのは必要な理由にはなりません。

Q:身体的理由で必要なため、洗浄機能のついた補高便座を購入しますが、壁付けのリモコンは支給対象ですか。

A：支給対象にはなりません。

<施設入所中の方の購入について>

Q:施設に入所していますが、福祉用具の購入はできますか。

A：住宅型有料老人ホームなど、施設の種類によっては購入可能です。

介護付き有料老人ホームなど特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設や介護老人保健施設、特別養護老人ホームなどは対象になりませんのでご注意ください。

<請求について>

Q:いつまでに請求すればいいですか。

A：具体的な日付は定めていませんが、販売後迅速に書類を提出してください。

なお、領収日から2年で消滅時効を迎えますのでご注意ください。