

# 鳥取市

## 介護保険制度における 福祉用具購入の手引き

令和元年10月（第1版）

令和5年5月（第2版）

鳥取市福祉部長寿社会課

## 《 目 次 》

1. 介護保険制度における福祉用具購入費支給制度（概要） … 2
2. 支給対象者 … 2
3. 支給対象となる福祉用具 … 2
4. 支給限度基準額 … 4
5. 支払方法 … 4
6. 手続きの流れ … 6
7. 申請書記載例 … 7
8. 現地確認 … 10

## 1. 介護保険制度における福祉用具購入費支給制度（概要）

要介護（要支援）認定を受けている方が、できるだけ自宅で自立した生活をするために購入した入浴や排せつに用いる福祉用具について、購入した費用の一部が支給されます。購入する際には、ケアマネジャーまたは福祉用具販売事業者にご相談ください。

## 2. 支給対象者

次の要件をすべて満たす方が対象となります。

- (1) 利用者（被保険者）が要介護または要支援の認定を受けていること。
- (2) 利用者（被保険者）が在宅で生活されている方であること（入院・入所・外泊は不可）。
- (3) 都道府県等の指定を受けた事業者から購入していること。

## 3. 支給対象となる福祉用具

福祉用具購入費の支給対象となる種目は以下のとおりです。

腰掛便座	次のいずれかに該当するもの 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. 電動式またはスプリング式で立ち上がる際に補助できる機能を有するもの 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。設置に要する費用は給付の対象外）
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、居宅要介護者等また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、洗浄液等排せつの都度消費するものおよび専用パンツ、専用シート等の関連製品は除く）

入浴補助用具	<p>入浴に際しての座位の保持、浴槽の出入り等の補助を目的とする用具で、次のいずれかに該当するもの</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入浴用椅子 座面の高さが概ね35センチメートル以上のものまたはリクライニング機能を有するもの</li> <li>2. 浴槽手すり 浴槽の縁を挟み込んで固定することができるもの</li> <li>3. 浴槽内椅子 浴槽内に置いて利用できるもの</li> <li>4. 入浴台 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にできるもの</li> <li>5. 浴室内すのこ 浴室内に置いて浴室の段差解消を図るもの</li> <li>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</li> <li>7. 入浴用解除ベルト 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できるもの</li> </ol>
簡易浴槽	<p>空気式または折りたたみ式等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ときに立て掛けること等により収納できるものを含み、居室において必要があれば入浴が可能なもの）で、取水または排水のための工事を伴わないもの</p>
移動用リフトの つり具の部分	<p>身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なもの</p>

### ＜テクノエイド協会の介護保険福祉用具情報の取扱いについて＞

公益財団法人テクノエイド協会ではTAIS登録されており「貸与」や「販売」のマークが表示されているものは、厚生労働省の告示及び留意事項通知に基づき、協会の判断により、介護保険において保険給付の対象と考えられる福祉用具を参考として掲載しているものです。（TAIS登録時に事業者から協会に提供された書面情報のみでは判断できなかったものについては、「貸与」や「販売」マークは表示されていません。）

本市においては、福祉用具貸与及び購入の種目については、テクノエイド協会の判断（「貸与」又は「販売」マークの表示）を基準としています。ただし、「貸与」または「購入」マークの表示がある機種であっても、国の基準に沿った使用内容でない場合は、保険給付の対象外となります。

## <同一種目の福祉用具購入について>

一度購入した福祉用具について、その同一種目の福祉用具購入については原則、支給の対象外となります。ただし、下記の場合については同一種目の福祉用具であっても、支給の対象となります。

- ・利用者の身体状況や介護状況の変化により、既に購入した福祉用具では利用者に適さなくなった場合
- ・破損により、福祉用具の使用継続が困難な場合  
※部品交換により使用継続が可能となるものは除く（交換部品も福祉用具購入費支給の対象となります）

## 4. 支給限度基準額

支給限度基準額は同一年度（4月から翌年3月まで）で10万円です。このため、10万円までの支給限度基準額の範囲内でかかった対象となる福祉用具購入費の1割、2割または3割が利用者負担となります。

※限度額の範囲内であれば複数回にわたって利用が可能です。

※限度額を超える福祉用具を購入した場合は、限度額を超えた部分の費用については全額自己負担となります。

### 【例：利用者負担割合1割の場合】

支給限度基準額 10万円

（内訳：介護保険給付額 9万円、自己負担額 1万円）

## 5. 支払方法

支払い方法には、償還払い方式と受領委任払い方式の2種類があります。

### （1）償還払い方式

利用者（被保険者）が福祉用具購入費の全額を販売事業者支払い、支給対象部分の9割、8割または7割の金額が後日、鳥取市から利用者（被保険者）へ支給されます。

### （2）受領委任払い方式

福祉用具購入に係る費用（支給対象部分）のうち、利用者（被保険者）ははじめから、自己負担分1割、2割または3割の金額のみを販売事業者支払い、鳥取市が残りの9割、8割または7割を販売事業者支払いします。

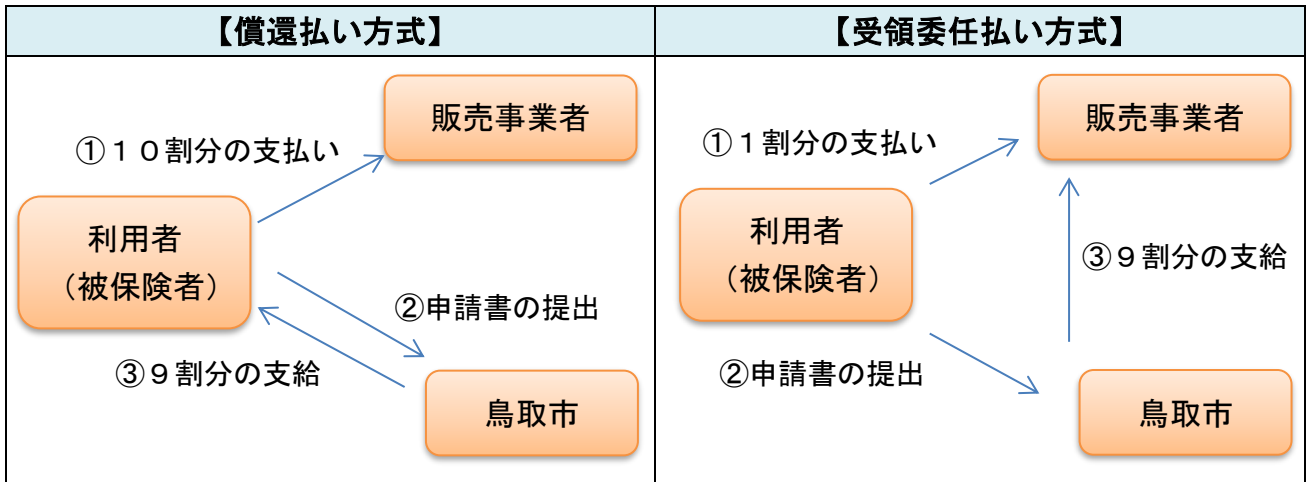
＜受領委任払い方式を利用できる条件について＞

次の要件をすべて満たしている場合、受領委任払い方式を利用できます。

- (1) 利用者（被保険者）の介護保険料に滞納がないこと。
- (2) 利用者（被保険者）が入院・入所・外泊中でないこと。
- (3) 利用者（被保険者）が要介護認定新規申請中、区分変更申請中でないこと。
- (4) 福祉用具販売事業者が、鳥取市と事前に受領委任払いの合意書を取り交わしていること。
- (5) 利用者（被保険者）と福祉用具販売事業者が受領委任による支払いに同意していること。

受領委任払いの合意書に関するお手続き方法については、長寿社会課へお問い合わせください。

○支払いイメージ（利用者負担割合 1 割の場合）



## 6. 手続きの流れ

福祉用具購入について担当ケアマネジャー（介護支援専門員）  
または福祉用具販売事業者に相談、福祉用具の選定

### **購入前に事前の届け出を行う ※受領委任払いの場合のみ**

・事前の届け出に必要な書類

○支給申請書（受領委任用）

ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した理由を記載するか、特定福祉用具販売を位置付けたケアプランの写しを添付してください。

○見積書

○パンフレットまたは図面等

該当の商品・種別にマーカー等で印をつけてください。

○福祉用具サービス計画書

○同意書

※市の確認後いったん書類を返却します。

福祉用具の購入

### **福祉用具購入費の支給申請を行う**

#### **【償還払いの場合】**

・申請に必要な書類

○支給申請書

ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した理由を記載するか、特定福祉用具販売を位置付けたケアプランの写しを添付してください。

○領収書

○パンフレットまたは図面等

該当の商品・種別にマーカー等で印をつけてください。

○福祉用具サービス計画書

○委任状（利用者（被保険者）名義以外の口座に振り込む場合）

#### **【受領委任払いの場合】**

・申請に必要な書類

○事前確認時に提出した書類一式

○領収書

○内訳書（購入したものの内訳が記載されたもの）

**※破損により、一度購入した福祉用具と同一種目の福祉用具を再度購入する場合は、破損状況の確認できる写真の添付をお願いします。**

# 7. 申請書記載例 【償還払いの場合】

様式第21号（第12条関係）

表面\*

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ	トトリ タロウ	保険者番号	3	1	2	0	1	7						
	氏名	鳥取 太郎	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6			
	生年月日	昭和30年 1月 2日生	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	住所	鳥取市幸町71番地	電話番号	0857-30-8212											

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
腰掛便座 座楽ラフイーネ標準タイプ	パナソニック 鳥取福祉用具販売	33,000円	R5年 4月 10日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

福祉用具が必要な理由  
歩行が不安定で、特に夜間の移動で転倒リスクが高い。また、夜間のトイレで間に合わないが増えてきたため、夜間用に部屋の中にポータブルトイレが必要。

鳥取市長 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。

R5年 4月 12日

※申請者が被保険者本人の場合は氏名の記載

申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人 <small>申請者の方に 印をつける</small>	住所 氏名 鳥取 太郎 (被保険者との関係)	代筆者 住所 氏名 (申請者との関係)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

【代理人の承認書類】(右記に☑チェック) → 登記事項 委任状(裏面のとおり) その他( )

提出代行	事業所名称 鳥取市居宅介護支援事業所 (事業所番号) 3170123456 介護支援専門員等の氏名 砂丘 花子 住所 鳥取市富安二丁目138-4
------	-----------------------------------------------------------------------------------

※提出代行が事業者以外の場合は欄外に提出者の住所、氏名、申請者との関係を記入。  
【注意】・この申請書の裏面に、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、福祉用具サービス計画書を添付してください。

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

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(利用する場合は口座情報の記入不要) <small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しも不要となります。</small>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。	
口座振込 依頼欄	鳥取 銀行 本店	信用金庫 支店
	金融機関コード	店舗コード
	0 1 6 6	1 1 1
	フリガナ	トトリ タロウ
口座名義人	鳥取 太郎	

・製造事業者名と販売事業者名は両方を記入してください。  
・購入金額はサービス費全額を記入してください。  
・購入日は利用者が支払いをした日を記入してください。

福祉用具が必要な理由欄は、ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した根拠を記入するか、ケアプランに特定福祉用具販売を位置付けている場合は「別紙参照」と記入し、ケアプランのコピーを添付して下さい。

申請日（提出日）を記入してください。

・申請者欄は、被保険者が申請者の場合は氏名のみ左側の欄に記入してください。代理人が申請者の場合は住所・氏名・被保険者との関係を左側の欄に記入してください。  
・被保険者や代理人が自署できず代筆者が記入した場合は、申請者欄右側の代筆者欄も記入してください。  
・ケアマネジャーが提出代行する場合は、提出代行欄も記入してください。

・マイナポータルで公金受取口座を登録している人は、公金受取口座での受取ができます。希望の方は「公金受取口座を利用する」に☑を入れてください。(口座振込依頼欄の記入は不要です)  
・公金受取口座を登録していない人や、公金受取口座以外の口座で受け取りたい人は、「振込口座を指定する」に☑を入れ、口座振込依頼欄を記入してください。口座名義人が被保険者でない場合は、必ず委任状を添付してください。



【受領委任払いの場合】事前申請時

・製造事業者名と販売事業者名は両方を記入してください。  
 ・購入金額はサービス費全額を記入してください。

様式第21号の2(第12条関係)

表面\*

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入事前届出書兼福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

被保険者	フリガナ	トトリ タロウ	保険者番号	3	1	2	0	1	7
	氏名	鳥取 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2
	生年月日	昭和30年1月2日生		3	4	5	6		
	住所	鳥取市幸町71番地		電話番号 0857-30-8212					

福祉用具が必要な理由欄は、ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した根拠を記入するか、ケアプランに特定福祉用具販売を位置付けている場合は「別紙参照」と記入し、ケアプランのコピーを添付してください。

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	年	月	日
寝間着 産産ラフナー標準タイプ	パナソニック (株)鳥取福祉用具販売	33,000円				

福祉用具が必要な理由  
 歩行が不安定で、特に夜間の移動で転倒リスクが高い。また、夜間のトイレで間に合わないことが増えてきたため、夜間用に部屋の中にポータブルトイレが必要。

・申請者欄は、被保険者が申請者の場合は氏名のみ左側の欄に記入してください。代理人が申請者の場合は住所・氏名・被保険者との関係を左側の欄に記入してください。  
 ・被保険者や代理人が自署できず代筆者が記入した場合は、申請者欄右側の代筆者欄も記入してください。  
 ・ケアマネジャーが提出代行する場合は、提出代行欄も記入してください。

鳥取市長様  
 上記の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、上記申請に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。なお、この申請に関する決定通知の内容について下記受取人に通知することに同意します。

年 月 日

※申請者が被保険者本人の場合は氏名のみ記載。

申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人 申請用印 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	住所 氏名 鳥取 太郎 (被保険者との関係)	代筆者 住所 氏名 (申請者との関係)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

【代理人の確認書類】(右記にチェック) → 登記事項 委任状(裏面のとおりに) その他( )

提出代行	事業所名称 (事業所番号)	鳥取市居宅介護支援事業所 3170123456
	介護支援専門員等の氏名	砂丘 花子
	住所	鳥取市富安二丁目138-4

受取人の氏名 及び事業者名	(株)鳥取福祉用具販売
受取人の住所	鳥取市富安二丁目138-4

給付費を受け取る事業者名(販売事業者)とその住所を記入してください。

※給付制限を受けていたり保険料が滞納の場合は、受領委任による支払いはできません。  
 注意 <事前の届け出に必要な書類> <完了後必要な書類>  
 1 見積書 1 領収書と内訳書(購入したものの内訳が記載されたもの)  
 2 パンフレット又は図面等 2 現物が確認できる写真等(パンフレットがない場合)  
 3 福祉用具サービス計画書  
 4 同意書(様式2号)

口座振込 依頼欄	鳥取	銀行 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 普通預金 ② 当座預金	2	3
	フリガナ	かトリワカシヨウガンハイ デイゴトシマリヤク ナシキ イチロウ		4	5
	口座名義人	(株)鳥取福祉用具販売 代表取締役 梨木 一郎		6	7

給付費を受け取る事業者の口座情報を記入してください。

事前届出確認日	年 月 日	確認の有無
---------	-------	-------

事前申請を確認できたら、市が記入します。

完了申請時

様式第21号の2(第12条関係)

表面\*

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入事前届出書兼福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

被保険者	フリガナ	トトリ タロウ	保険者番号	3	1	2	0	1	7																																																																																												
	氏名	鳥取 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6																																																																																								
	生年月日	昭和30年 1月 2日生	住所	鳥取市幸町71番地		電話番号	0857-30-8212																																																																																														
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																																																																																																		
福祉用具 産業ラフィーネ標準タイプ	パナソニック (株)鳥取福祉用具販売	33,000円	R5年 4月 10日																																																																																																		
福祉用具が 必要な理由	歩行が不安定で、特に夜間の移動で転倒リスクが高い。また、夜間のトイレで間に合わないことが増えてきたため、夜間用に部屋の中にポータブルトイレが必要。																																																																																																				
<p>鳥取市長 様</p> <p>上記の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、上記申請に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。なお、この申請に関する決定通知の内容について下記受取人に通知することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">R5年 4月 12日</p> <p>※申請者が被保険者本人の場合は氏名のみ記載。</p> <table border="1"> <tr> <td>申請者 <input checked="" type="checkbox"/>被保険者 <input type="checkbox"/>代理人 <small>申請する方に チェック</small></td> <td>住所</td> <td>代 筆 者</td> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>氏名 鳥取 太郎</td> <td>(被保険者との関係)</td> <td>氏名</td> <td>(申請者との関係)</td> </tr> </table> <p>【代理人の確認書類】(右記に<input checked="" type="checkbox"/>チェック) → <input type="checkbox"/>登記事項 <input type="checkbox"/>委任状(裏面のとおり) <input type="checkbox"/>その他( )</p> <table border="1"> <tr> <td>提出 代行</td> <td>事業所名称 (事業所番号)</td> <td>鳥取市居宅介護支援事業所 3170123456</td> </tr> <tr> <td></td> <td>介護支援専門員等の氏名</td> <td>砂丘 花子</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td>鳥取市富安二丁目138-4</td> </tr> </table> <p>※提出代行が事業所以外の場合は欄外に提出者の住所、氏名、申請者との関係を記入</p> <table border="1"> <tr> <td>受取人の氏名 及び事業者名</td> <td>(株)鳥取福祉用具販売</td> </tr> <tr> <td>受取人の住所</td> <td>鳥取市富安二丁目138-4</td> </tr> </table> <p>※給付制限を受けていたり保険料が滞納の場合は、受領委任による支払いはできません。</p> <p>注意 &lt;事前の届け出に必要な書類&gt; &lt;完了後必要な書類&gt;</p> <table border="0"> <tr> <td>1 見積書</td> <td>1 領収書と内訳書(購入したものの内訳が記載されたもの)</td> </tr> <tr> <td>2 パンフレット又は図面等</td> <td>2 現物が確認できる写真等(パンフレットがない場合)</td> </tr> <tr> <td>3 福祉用具サービス計画書</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 同意書(様式3号)</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">口座振込 依頼欄</td> <td>鳥取</td> <td>銀行 信用金庫 農協</td> <td>本店 支店 出張所</td> <td>種目</td> <td colspan="8">口座番号</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>店舗コード</td> <td>①</td> <td>普通預金 当座預金</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10">カトリックシヨウケンハイ デイオウトシマヤク ナシキ イロウ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>口座名義人</td> <td colspan="10">(株)鳥取福祉用具販売 代表取締役 梨木 一郎</td> </tr> <tr> <td>事前届出確認日</td> <td>R5年 4月 7日</td> <td>確認の有無</td> <td colspan="10">長寿社会課</td> </tr> </table>													申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人 <small>申請する方に チェック</small>	住所	代 筆 者	住所	氏名 鳥取 太郎	(被保険者との関係)	氏名	(申請者との関係)	提出 代行	事業所名称 (事業所番号)	鳥取市居宅介護支援事業所 3170123456		介護支援専門員等の氏名	砂丘 花子		住所	鳥取市富安二丁目138-4	受取人の氏名 及び事業者名	(株)鳥取福祉用具販売	受取人の住所	鳥取市富安二丁目138-4	1 見積書	1 領収書と内訳書(購入したものの内訳が記載されたもの)	2 パンフレット又は図面等	2 現物が確認できる写真等(パンフレットがない場合)	3 福祉用具サービス計画書		4 同意書(様式3号)		口座振込 依頼欄	鳥取	銀行 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	普通預金 当座預金	2	3	4	5	6	7	8	フリガナ	カトリックシヨウケンハイ デイオウトシマヤク ナシキ イロウ											口座名義人	(株)鳥取福祉用具販売 代表取締役 梨木 一郎										事前届出確認日	R5年 4月 7日	確認の有無	長寿社会課									
申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人 <small>申請する方に チェック</small>	住所	代 筆 者	住所																																																																																																		
氏名 鳥取 太郎	(被保険者との関係)	氏名	(申請者との関係)																																																																																																		
提出 代行	事業所名称 (事業所番号)	鳥取市居宅介護支援事業所 3170123456																																																																																																			
	介護支援専門員等の氏名	砂丘 花子																																																																																																			
	住所	鳥取市富安二丁目138-4																																																																																																			
受取人の氏名 及び事業者名	(株)鳥取福祉用具販売																																																																																																				
受取人の住所	鳥取市富安二丁目138-4																																																																																																				
1 見積書	1 領収書と内訳書(購入したものの内訳が記載されたもの)																																																																																																				
2 パンフレット又は図面等	2 現物が確認できる写真等(パンフレットがない場合)																																																																																																				
3 福祉用具サービス計画書																																																																																																					
4 同意書(様式3号)																																																																																																					
口座振込 依頼欄	鳥取	銀行 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	普通預金 当座預金	2	3	4	5	6	7	8																																																																																										
	フリガナ	カトリックシヨウケンハイ デイオウトシマヤク ナシキ イロウ																																																																																																			
	口座名義人	(株)鳥取福祉用具販売 代表取締役 梨木 一郎																																																																																																			
事前届出確認日	R5年 4月 7日	確認の有無	長寿社会課																																																																																																		

購入日は利用者が支払いをした日を記入してください。

申請日(提出日)を記入してください。

## 8. 現地確認

鳥取市（保険者）が、書類上の確認だけでは判断が困難な場合、もしくは介護給付費の適正化事業の一環で、現地確認をする場合があります。

（お問い合わせ）

鳥取市役所 福祉部 長寿社会課 介護保険係

TEL： 0 8 5 7 - 3 0 - 8 2 1 2