

介護保険制度における福祉用具購入の手引き (2024 年度版)

国富町役場 保健介護課

令和6年4月作成

目次

1. 福祉用具購入の概要	 2
2. 対象要件	 2
3. 支給限度基準額	 2
4. 給付対象となる福祉用具の種類	 3
5. 手続きの流れ	 5
6. 必要書類	 6 ～ 13
7. Q & A	 14, 15, 16

1. 福祉用具購入の概要

要介護者等である被保険者が、特定（介護予防）福祉用具販売事業所（以下、福祉用具販売事業所という。）から特定福祉用具・特定介護予防福祉用具を購入したとき、日常生活の自立を助けるために必要と認められる場合に、申請に基づいて福祉用具購入費が支給されます。また、令和6年度より、スロープ、歩行器、歩行補助つえの一部も購入が可能となりました。なお、県から指定を受けた特定福祉用具販売事業者等から購入したものに限りです。

2. 支給対象要件

次の要件をすべて満たす場合に支給の対象となります。

- ・厚生労働大臣が定める特定（介護予防）福祉用具の種目であること
- ・要介護者等が居宅にて使用する特定（介護予防）福祉用具を福祉用具販売事業者から購入したものであること
- ・購入日（代金を完済した日）時点で要介護または要支援の認定を受けていること
- ・日常生活の自立を助けるために必要と認められること
- ・在宅で生活していること（入院中、入所中、外泊中は不可）

※入院中に在宅復帰に向けて購入申請を行い、入院中に亡くなった場合は、全額自己負担となります。被保険者・ご家族にご説明の上、慎重に判断してください。

3. 支給限度基準額

福祉用具購入費の支給限度基準額は同一年度（4月1日～翌年3月31日）で10万円です。

被保険者は、事業者には福祉用具購入費用の全額を支払った後、町への申請により購入費の9割～7割相当額（被保険者負担は1割～3割相当額）の支給を受けます。

支給限度基準額を判断する基準日は、購入日（代金を完済した日）です。

支給限度基準額内であれば複数回申請することもできますが、同一種目の購入は原則一度きりとなります。ただし、以下の場合、同一種目（品目）であっても再購入が認められる場合があります。

- ・破損した場合
- ・用途および機能が異なる場合
- ・介護の必要の程度が著しく高くなった場合

※該当する場合は、別途理由書に具体的な理由を記入するとともに、写真等を必要に応じて提出してください。

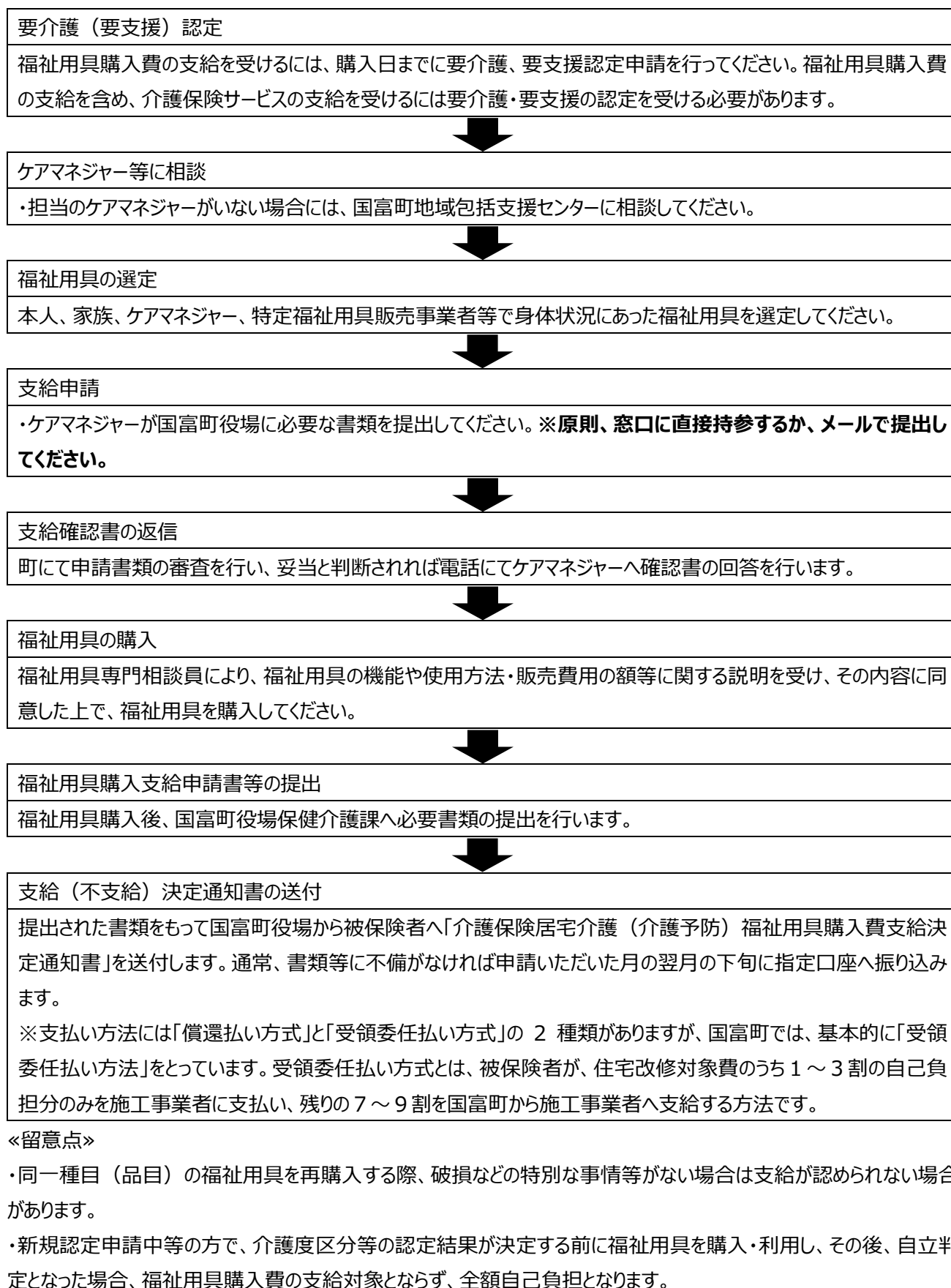
※物品によっては、耐用年数を超えていれば再購入可としているものもあります。町へご相談ください。

4. 給付対象となる福祉用具の種類

種目	機能または構造等
腰掛便座	次のいずれかに該当するもの。 ・和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの (腰掛式に交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 ・電動式また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り) ※ただし、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。
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）のうち尿または便が自動的に吸引されるもので、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。 ※ただし、専用パッド、洗浄液等排泄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対象とならない。
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、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またはその介護を行う者に通知するもの。 ※ただし、専用ジェル等装着の都度、消費するものおよび専用シート等の関連製品は対象とならない。
入浴補助用具	入浴に際しての座位の保持、浴槽への出入り等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。 ・入浴用椅子（座面の高さが概ね 35 cm 以上のもの、または、リクライニング機能を有するもの） ・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るもの） ・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） ・浴室内すのこ（浴室内に置いて浴室の床の段差解消を図ることができるもの） ・浴槽内椅子（浴槽内に置いて利用することができるもの） ・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） ・入浴用介助ベルト（居宅要介護者等の身体に直接巻きつ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）
簡易浴槽	空気式また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に工事を伴わないもの。空気式または折りたたみ式等で容易に移動できるものとは、硬質の材料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るものをいう。

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。
スロープ	段差解消のためのものであって、取り付けに際し工事を伴わないものに限る。 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（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	歩行が困難な方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、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（車輪・キャスターがつ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、多点杖に限る。

5. 手続きの流れ



6. 必要書類

■事前申請にて必要となる書類

(1) 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に係る確認書
・介護保険被保険者証に記載されている被保険者氏名、住所等必要事項を記入してください。 ・購入を希望する種目に○をつけ、購入予定事業所名を記入してください。 ※同一種目（品目）の福祉用具を再購入する際等 P15 の留意点に該当する場合は、別途理由書や必要に応じて写真を添付してください。
(2) カタログ
・福祉用具の商品名、規格、定価、製造事業者名等が分かるものを提出してください。
(3) 見積書 ※様式は問いません。
・購入金額が分かるものを提出してください。※定価、購入金額が分かれば、カタログ余白に手書きでも構いません。 手書きの際は、税込か税抜か、記載をお願いします。

■事後申請にて必要となる書類

(1) 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書 ※様式第1号
・介護保険被保険者証に記載されている被保険者氏名、住所を記入してください。 ・申請者の氏名の訂正は認めません。申請書を再度作成してください。 ・福祉用具が必要な理由欄には、①利用者の心身の状況、希望、置かれている環境、②福祉用具の利用目標、選定理由の2つの観点により記入してください。※別途福祉用具サービス計画書を添付しても構いません。 ・申請の日付は記入しないでください。 ・振込口座を家族名義の口座に指定する場合は、口座記入欄に家族名義の口座を記入するとともに【被保険者と口座名義人が異なる場合に記入】欄（右下）に委任した日、口座名義人の住所、氏名、委任者（被保険者）の氏名を記入してください。
(2) 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払に係る委任状 ※別記様式第5号
・介護保険被保険者証に記載されている被保険者氏名、住所を記入してください。 ・申請の日付は記入しないでください。 ・受任者の欄の代表者氏名には、事業者の印を押印してください。
(3) 請求書 ※様式は問いません
・請求書は、「国富町長 中別府 尚文」宛としてください。 ・事業者の印を押印してください。 ・合計額、個人負担額、国富町への請求額が分かるように記載してください。
(4) 領収書 ※様式は問いません
・宛名は被保険者本人とし、原則、<u>原本を提出</u>してください。 ・領収年月日を正しく記入してください。 ・事業者の印を押印してください。 ・ただし書き欄に購入した福祉用具の名称等を明記してください。
(3) カタログ（必要部分のみ）
・福祉用具の商品名、規格、定価、製造事業者名等が分かるものを カラーで2部 提出してください。

上記提出書類は、国富町ホームページ→行政サイト→健康・福祉情報→介護保険→事業所へのお知らせ・介護保険様式→介護保険福祉用具購入関係様式に掲載しております。

■ 個別に必要となる書類

(同一種目(品目)の再購入等、P15の留意点に該当の場合)

理由書
・同居家族の状況や利用者の身体状況、利用の目的や頻度などできるだけ細かく記載してください。 ※国富町ホームページ→行政サイト→健康・福祉情報→介護保険→事業所へのお知らせ・介護保険様式→介護保険福祉用具購入関係様式→福祉用具購入・貸与理由書からダウンロードしてください。
写真等
・破損箇所等が分かるような写真を撮影・添付してください。

※複数貸与が想定される手すりやスロープ、各種付属品は、理由書の提出は必要ありませんが、適切なマネジメントに基づき真に必要な場合にケアプランへの位置づけをお願いします。

(排泄予測支援機器の購入の場合のみ、以下2点が追加で必要となります)

(1) 医学的所見の確認できる書類
以下の書類のうち、いずれかの1点を提出してください。 ・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介護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 確認調書
・排泄予測支援機器の試用があった際の状況について作成してください。 ・試用は販売要件ではありませんが、①機器の装着が可能かどうか、②居宅要介護者やその介助者等が製品からの通知を理解し、トイレまでの誘導や移動が可能か等の事項を事前に確認すべきとされていることから、退所前の施設等で使用していた等の特別な事情がない限り、一定期間の試用が推奨されています。

■ 記載例 <事前申請書類>

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

国富町保健介護課長 殿

事業所名 ○○ 居宅介護支援事業所
 介護支援専門員氏名 国富 花子
 (FAX: ○○-○○○○
 (TEL: ○○-○○○○

氏名や生年月日等、被保険者証に記載してある内容と相違ないように記載してください。

(介護予防)福祉用具購入に係る確認書

下記の者 福祉用具給付状況について、確認をお願いいたします。

フリガナ	クニトミ タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	国富 太郎	性 別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 ○ 歳		
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		

申請中の場合は、「申請中」と記載してください。

(有効期限 令和○年○月○日～令和○年○月○日)

記

福祉用具購入を希望する種目に○をつけてください。

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 入浴用いす

5 浴槽用手すり

6 浴槽内いす

7 入浴台

8 浴室内すのこ

9 浴槽内すのこ

10 簡易浴槽

11 移動用リフトのつり具の部分

12 入浴用介助ベルト

13 固定用スロープ

14 歩行器(歩行車を除く)

15 単点杖(松葉杖を除く)及び多点杖

購入予定事業所名	株式会社 ○○○○
	(事業所番号 ○○○○○)

以下、町記載部分なので、記入不要です。

様

国富町保健介護課長

下記の福祉用具購入について確認しました。

番号	福祉用具の種目	保険者記入欄(購入資格の有無)
1	腰掛便座	(有 ・ 無)
2	自動排泄処理装置の交換可能部品	(有 ・ 無)
3	排泄予測支援機器	(有 ・ 無)
4	入浴用いす	(有 ・ 無)
5	浴槽用手すり	(有 ・ 無)
6	浴槽内いす	(有 ・ 無)
7	入浴台	(有 ・ 無)
8	浴室内すのこ	(有 ・ 無)
9	浴槽内すのこ	(有 ・ 無)
10	簡易浴槽	(有 ・ 無)
11	移動用リフトのつり具の部分	(有 ・ 無)
12	入浴用介助ベルト	(有 ・ 無)
13	固定用スロープ	(有 ・ 無)
14	歩行器(歩行車を除く)	(有 ・ 無)
15	単点杖(松葉杖を除く)及び多点杖	(有 ・ 無)

支	給	限	度	額
				円

保 険 者 受 付 印 欄

令和〇年〇月〇日

様式は問いません

御見積書

被保険者氏名 国富 太郎 様

住所 国富町大字〇〇 〇〇番地

事業者名 〇〇株式会社 印

下記の通りお見積り申し上げます
何卒、ご下命の程お願い致します

代表者氏名 〇〇 〇〇 印

担当者氏名 〇〇 〇〇

TEL : 〇〇-〇〇〇〇 FAX : 〇〇-〇〇〇〇

税込合計金額

番号	品名 規格	数量	単価	金額	定価
	〇〇〇〇	1		〇〇,〇〇〇	〇〇,〇〇〇
	合計			¥〇〇,〇〇〇	

(様式第1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 被保険者氏名	クニトミ タロウ	保 険 者 番 号	4	5	3	8	2	9
	国 富 太 郎	被 保 険 者 番 号	00000	○	○	○	○	○
生 年 月 日	大・昭○年○月○日生	性 別	男・女					
要 介 護 状 態 区 分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
住 所	〒880-0000 国富町大字○○ ○○番地○ 電話番号 0985-○○-00000							
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	○○○○ ○○○○	¥○,○○○	令和○年○月○日					
			令和 年 月 日					
			令和 年 月 日					
福祉用具が 必要な理由	※福祉用具サービス計画書参照							
国富町長 日高 利夫 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。 令和 年 月 日 日付は記入しない 住所 国富町大字○○ ○○番地○ 申請者 氏名 国富 太郎 電話番号 0985-○○-00000 印								

注意・添付書類：①領収書・②福祉用具のパフレット等・③償還払い（介護保険請求分）の請求書
 ・「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（支援）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 替 依 頼 欄	銀行	本店	種 目	口座番号
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	1 普通預金	
	金 融 機 関 コ ー ド	店 舗 コ ー ド	2 当座預金	
		3 その他		
	フリガナ 口座名義人			

別記様式第5号(第7条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払に係る委任状

日付は記入しない

令和 年 月 日

委任者 (被保険者)	氏名	国富 太郎 印
	住所	〒880-0000 国富町大字00 00番地0

私は、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給請求及び代理受領につきまして

は、次の業者に委任します。

受任者 (事業者)	事業者名称	株式会社 0000		
	代表者氏名	代表取締役 00 00 印		
	所在地	〒880-0000 00町0000 00番地		
	電話番号	00-0000		
振込先	金融機関名	本支店名	種別	口座番号
	00銀行	00支店	普通	000000
	フリガナ	カブシキカイシャ 0000 ダイヒョウトリシマリヤク 00 00		
	口座名義人	株式会社 0000 代表取締役 00 00		

振込先は、受任者が記入してください。

様式は問いません

領 収 書

領収日

国富 太郎 様

〇年〇月〇日

1 円未満は切り上げ

¥ 〇〇, 〇〇〇

但し、福祉用具購入費（腰掛便座〇〇）の〇割分として上記の通り領収いたしました。

必ず、但し書きを記入してください。

事業者名 〇〇株式会社 印
代表者氏名 〇〇 〇〇 印
住所 国富町大字〇〇 〇〇番地
TEL：〇〇-〇〇〇〇
FAX：〇〇-〇〇〇〇

<生活保護の方の場合>

- ・領収書は不要です。
- ・中央福祉こどもセンター宛の請求書の写しを添付してください。
- ・請求書の「個人負担分」の欄は不要ですが、「こどもセンター負担分」を記載してください。

7. Q & A

	質 問	回 答	備考
(1) 福祉用 具購入 全般に ついて	福祉用具購入費の支給について、以下のようなケースの場合、限度額管理はいずれの年度において行われるか。 ① 平成 12 年度に福祉用具の引渡を受け、平成 13 年度に代金を支払い保険給付を請求した場合 ② 平成 12 年度に福祉用具の引渡を受け代金も支払ったが、保険給付の請求は平成 13 年度に行った場合	介護保険法第 44 条においては、福祉用具を購入したとき、すなわち代金を完済したときに保険給付の請求権が発生し、当該購入した日（＝代金完済日：実務的には領収証記載の日付）の属する年度において支給限度額を管理することとされている。 したがって、①のケースは平成 13 年度において、②のケースは平成 12 年度において、それぞれ限度額管理が行われる。	（厚生労働省介護サービス Q&A No1616）
	介護保険の適用となる特定福祉用具の部品を交換した場合の部品購入費は福祉用具購入費の対象となるか。	福祉用具を構成する部品については、福祉用具購入費の対象となる福祉用具であって、製品の構造上、部品交換がなされることが前提となっている部品について、町が部品を交換することを必要と認めた場合には、支給対象となる。	（厚生労働省介護サービス Q&A No1615）
(2) 腰掛便 座につ いて	(福祉用具) 腰掛け便座の範囲は、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るが、特に制限はないか。 ※ P 1 5 下部の留意点もご確認ください。	家具調のもの等、金額にかかわらず、利用者が選択すれば給付対象として差し支えない。	（厚生労働省介護サービス Q&A No1612）
(3) 排泄予 測支援 機器に ついて	「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またはその介護を行う者に自動で通知する」とあるが、通知について、どのようなものを想定しているか。	排泄予測支援機器が本体から、専用のアプリケーションがダウンロードされたスマートフォンやタブレット等に近接通信機能（ブルートゥース）で通知するのが想定される。なお、「福祉用具貸与の種目および特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外」とされているが、上記のようにインターネットを使用せず、排泄予測支援機器本体からスマートフォン等に通知する場合は、これにあてはまらない。	介護保険最新 Vol.1059 令和 4 年 3 月 31 日 事務連絡 Q&A 1

	給付対象や利用が想定しにくい者について、独居の者の含まれるのか。	使用方法については以下のような方法が考えられる。 ① 居宅要介護者等本人が装着し排尿の機会を知らせることで、適時にトイレに移動し排泄する。 ② 介助者が通知により、排泄の声かけやトイレへの誘導を行い、本人の排泄を促す。そのため、独居の場合でも①のような使用方法があり、必ずしも給付対象外になるものではないが、排泄予測支援機器の使用目的の理解や試用状況等を特に確認の上、適切に使用することにより、トイレでの自立した排泄が期待できるのか、十分に検討すること。	介護保険 最新 Vol.1059 令和4年 3月31日 事務連絡 Q&A2
	おむつ等を使用しているも、自分で準備から後始末まで行っている者が、トイレでの自立した排尿を目的として使用する場合は如何。	十分に検討の上、適切に使用することにより、トイレでの自立した排泄が期待できる場合は対象として差し支えない。	介護保険 最新 Vol.1059 令和4年 3月31日 事務連絡 Q&A3
	特定福祉用具販売事業者が販売に当たり、膀胱機能等を医師の所見等で確認することとしているが、販売を検討する以前の段階で既に確認しているような場合、改めての確認が必要か。	居宅要介護者等の膀胱機能について、 ・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介護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 のいずれかの方法により既に確認をしたことがある場合であって、当該時点から居宅要介護者等の状態も概ね変化等がないと考えられる場合は、改めての確認は不要である。	介護保険 最新 Vol.1059 令和4年 3月31日 事務連絡 Q&A4

常時失禁の状態の者でおむつの交換時期等を把握するため、排泄予測支援機器を給付することは可能か。	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給付対象としているので、このような使用を目的として給付することは適切ではない。	介護保険最新 Vol.1059 令和4年 3月31日 事務連絡 Q&A5
「自動排泄処理装置」を貸与されている居宅要介護者等が購入した場合も保険給付対象となるのか。	自動排泄処理装置を貸与されていることのみをもって、排泄予測支援機器の給付が対象外になることはない。ただし、自動排泄処理装置を必要とする場合、排泄予測支援機器を必要とする場合は異なるものと考えられることから、要介護者等の状態や目的等を十分に聴取して、十分な検討が必要である。	介護保険最新 Vol.1059 令和4年 3月31日 事務連絡 Q&A6
要支援者、要介護4・5の者でも給付対象とすることは可能か。	留意事項通知（老高発 0331 第3号 令和4年3月31日）等で示す状態に該当し、排泄予測支援機器を使用することによって自立した排尿が期待できる場合に給付対象とすることは可能である。	介護保険最新 Vol.1059 令和4年 3月31日 事務連絡 Q&A7

《留意点》

・ポータブルトイレ等において、標準的なものに比べ、ウォームアップ機能付き、ウォシュレット機能付きなど被保険者負担額が大きい福祉用具をあえて選定・購入する場合、別途理由書に、その旨についても記載し提出してください。また、家具調などは被保険者本人・家族の希望のみでは支給対象外です。家具調でなければならない理由があり、なおかつ町が必要であると判断した場合は支給対象となります。別途理由書に記載し提出してください。

・福祉用具購入全般に関して、国富町では介護給付費適正化の観点から、5万円以上の物については別途理由書の提出を求めています。その後、会議にて検討後回答いたします。

※理由書は、国富町ホームページ→行政サイト→健康・福祉情報→介護保険→事業所へのお知らせ・介護保険様式→介護保険福祉用具購入関係様式 に掲載しております。

福祉用具購入に関する相談窓口
国富町役場 保健介護課 介護係
電話：0985-75-9423（直通）
FAX：0985-75-9400