

介護保険 居宅介護（予防）福祉用具 購入費支給申請について

1 支給対象

次の要件をすべて満たした場合、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）が在宅で生活している方であること（入所（院）・中は不可）。
- (3) 都道府県等の指定を受けた事業所から購入していること。

2 支給対象福祉用具

(1) 腰掛便座	<p>次のいずれかに該当するものに限る</p> <ol 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なものに限る）
(2) 入浴補助具	<p>入浴に際して座位の保持、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"> 1. 入浴椅子 座面の高さが概ね 35cm 以上又はクライニング機能を有するもの 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 3. 浴槽内椅子 浴槽内に置いて利用できるもの 4. 入浴台 浴槽の縁にかけて浴槽の出入りを容易にできるもの 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 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 利用者の身体に直接巻き付けて使用するものであって、浴槽への出入りを容易に介助できるもの
(3) 簡易浴槽	<p>空気式・折りたたみ式・立て掛け式等で容易に移動でき入浴を容易</p>

	に行なうためのもので、取水・排水のための工事を伴わないもの
(4) 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
(5) 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

- 特殊商品（パッキング機能や洗浄機能付き腰掛便座等）の購入については事前相談が無い場合、不支給になる場合があります。事前相談を福祉課社会福祉係までお願いします。
 - 福祉用具購入の種目についてはテクノエイド協会の判断（「販売」マークの表示）を基準としています。
 - 「販売」マークの表示がある機種であっても、福祉用具本来の使用用途・内容でない場合は、保険給付の対象外となります。
 - 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については原則、支給の対象外となります。
 - 下記の場合については同一種目の場合であっても支給の対象となる場合があります。事前相談を福祉課社会福祉係までお願いします。
 - ・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、使用継続が可能なものは部品交換を優先します。（交換部品も福祉用具購入費支給の対象）

3 支給限度基準額

購入日（領収書記載月）が属する同一年度で10万円（税込）です。

※限度基準額の範囲内であれば複数回にわたって利用が可能です。

※限度基準額を超える福祉用具を購入した場合、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。

4 書類に関する注意事項

◆申請書

- ・原本かつ、ボールペン又はインク（鉛筆・消えるインク等不可）で記入してあるもの。
- ・記載事項に修正がある場合、修正液・テープ等使用せず、二重取消線を引き訂正箇所に訂正印を押印してください。ただし、金額の訂正は不可。
- ・購入店（支店まで）と指定事業所番号が、同一事業所であるもの。

◆購入商品のカタログ又はパンフレット

- ・品番・金額・メーカーが記載されているもの。コピーしたものは可。

◆領収書

- ・日付、購入商品及び購入店名（支店名まで）が明記してあるもの。

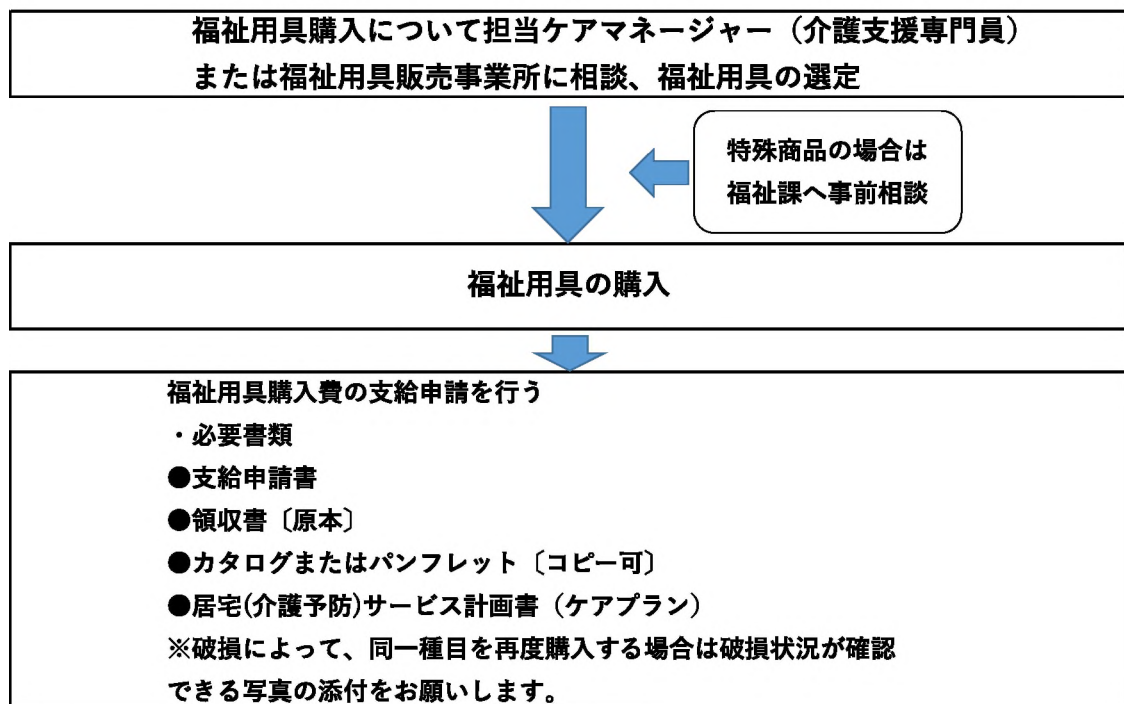
◆居宅(介護予防)サービス計画書（ケアプラン）

- ・当該福祉用具の必要性（複数の購入品がある場合、各々の必要性がわかるように記入をしてください）と種目名が購入以前にケアプランに位置付けられているもの。
- ・利用者の同意が確認できるもの。

5 現地確認について

- ・箕輪町（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適正化事業の一環で、現地確認をする場合があります。
その場合、担当ケアマネージャー（介護支援専門員）へ事前に連絡しますので、ご協力をお願いします。

手続きの流れ



介護保険 居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	
被保険者氏名		性別	男・女
要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	認定日	
住所	電話番号()		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入日
	販売事業者名		
福祉用具が 必要な理由	別紙参照	※町処置欄 支給決定金額 円	
支払方法 (振込先)	銀行	本店	1 普通口座
	信用金庫	支店	2 当座預金
	農協	出張所	3 その他
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ
			名義人

箕輪町長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

- 注意
- ・この申請書のほかに領収書及び福祉用具等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、個々の用具ごとに記載してください。
 - ・ゆうちょ銀行の場合のみ、通帳の口座番号がわかるページの写しを添付してください。