

○沖縄市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払い制度実施要綱

（平成 28 年 1 月 8 日決裁）

（趣旨）

第 1 条 この要綱は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 44 条第 1 項の居宅介護福祉用具購入費及び法第 56 条第 1 項の介護予防福祉用具購入費（以下「福祉用具購入費」という。）並びに第 45 条第 1 項の居宅介護住宅改修費及び法第 57 条第 1 項の介護予防住宅改修費（以下「住宅改修費」という。）の支給について、法第 41 条第 1 項に規定する居宅要介護被保険者及び法第 53 条第 1 項に規定する居宅要支援被保険者（以下「被保険者」という。）の一時的な経済的負担を軽減するため、受領委任払いの実施に関し必要な事項を定めるものとする。

（受領委任払い）

第 2 条 受領委任払いの対象者は、次の各号のいずれにも該当する被保険者とする。

- (1) 介護保険の受領委任払いについて事業者の同意が得られる者
- (2) 医療機関、介護保険施設等に入院中又は入所中でない者（退院予定者又は退所予定者を除く）

（誓約書）

第 3 条 受領委任払いの取扱いを受けようとする事業者は、福祉用具購入費については申請時、住宅改修費については着工前に「沖縄市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払い制度に係る取扱誓約書（様式第 1 号）」を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の誓約書に違反したことが判明した場合には、当該事業者について、以降の受領委任払いの適用を中止することができる。

（福祉用具購入費の支給申請）

第 4 条 受領委任払いにより福祉用具購入費の支給を受けようとする被保険者は、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）（様式第 2 号）」に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 居宅介護（介護予防）サービス計画書
- (2) 福祉用具の内容を確認できる書面（カタログ・パンフレット等を含む。）
- (3) 福祉用具サービス計画書
- (4) 理由書
- (5) 同意書（様式第 3 号）
- (6) 領収書

（福祉用具購入費の支給決定等）

第5条 市長は、前条の規定による申請があったときは、審査し、福祉用具購入費の支給の可否を決定し、被保険者にあつては「介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費支給(不支給)のお知らせ(受領委任)(様式第4号)」、事業者にあつては「介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費支給(不支給)決定通知書(受領委任)(様式第5号)」により通知するものとする。

(住宅改修費の事前申請)

第6条 受領委任払いにより住宅改修費を受給しようとする被保険者は、「沖縄市介護保険住宅改修費事前承認申請書(受領委任払い用)(様式第6号)」に次に掲げる書類等を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)第75条第1項第3号又は第94条第1項第3号に規定する住宅改修理由書
- (2) 工事費見積書(工事費の内訳が記載されたもの)
- (3) 改修前と改修後の状態が分かる平面図等
- (4) 住宅改修工事着工前の写真(撮影日の記載されたもの)
- (5) 同意書(様式第3号)
- (6) 所有者の承諾書(住宅の所有者が被保険者本人と異なる場合に限る)
- (7) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに承認の可否を決定し、「沖縄市住宅改修費事前承認(不承認)決定通知書(受領委任払い用)(様式第7号)」により申請者に通知するものとする。

3 前項の規定により住宅改修の承認の決定を受けた被保険者は、承認を受けた住宅改修の内容に変更が生じた場合は、改めて第1項に規定する事前承認手続きを行わなければならない。

(住宅改修費の支給申請)

第7条 前条の住宅改修の承認の決定を受けた被保険者は、住宅改修の工事完了後、「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(受領委任払い用)(様式第8号)」に、次に掲げる書類等を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) 領収書(自己負担額が記載されたもの)
- (2) 住宅改修後の写真(撮影日付の入ったもの)
- (3) 工事内訳書
- (4) 改修前と改修後の状態が分かる平面図等
- (5) 住宅改修工事着工前の写真(撮影日の記載されたもの)
- (6) その他市長が必要と認める書類

(審査及び支払い)

第 8 条 市長は、前条の規定により住宅改修費の支給申請があったときは、その内容を審査し、被保険者にあつては「介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費支給(不支給)のお知らせ(受領委任)(様式第 4 号)」、事業者にあつては「介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費支給(不支給)決定通知書(受領委任)(様式第 5 号)」により通知するものとする。

(返還)

第 9 条 市長は、事業者が偽りその他不正な手段により福祉用具購入費及び住宅改修費を受領したときは、事業者に対し支払いを受けた当該福祉用具購入費及び当該住宅改修費の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第 10 条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

介護保険福祉用具購入費の支給申請について

令和3年10月

介護保険では、衛生管理面などで福祉用具貸与（レンタル）になじまない、浴室やトイレで使用する福祉用具について、購入にかかった費用の一部が「福祉用具購入費」として支給されます。

1.介護保険制度の「居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費」の概要について

対象者	要支援・要介護認定申請を行い、要支援1～2・要介護1～5として認定された方 ※要支援・要介護認定の新規申請中・区分変更中に購入した場合には、認定結果が下りてから支給されます。（認定結果が非該当となった場合は支給されません） ※要支援・要介護認定の申請前に福祉用具を購入した場合は、保険給付対象外となります。
支給対象種目	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具部分 ※詳細は「2. 支給対象種目について」をご参照ください
支給限度基準額	・購入限度額は同一年度（4月から翌年3月）で10万円です。 ・購入にかかる消費税を含めた金額が支給対象です。 ・限度額の範囲内であれば、複数回に分けて利用することも可能です。 過去の購入履歴については、介護保険課給付係までお問い合わせください。 ・同年度内の福祉用具購入額が10万円未満であっても、翌年度への繰り越しはありません。 ・10万円を超えて福祉用具を購入した場合には、10万円を超えた部分は全額自己負担になります。
自己負担額	・10万円の範囲でかかった費用の自己負担に応じた割合。 ※自己負担の割合は負担割合証を確認してください。 ・給付制限期間中の場合の負担割合は、3割もしくは4割となります。

2. 支給対象種目について

対象となる福祉用具	基準	
1 腰掛便座	次のいずれかに該当する者 ・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があるもの ・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であるもの・水洗機能付便器も含む） ※設置費用は保険給付対象外	
2 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被保険者または介護を行うものが容易に交換できるもの ※専用パッド、洗浄液等排泄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製品は保険給付対象外	
3 入浴補助用具 ※滑り防止のための浴槽内・外のバスマットは保険対象外です	①入浴用いす	座面の高さが概ね35cm以上のものまたはリクライニング機能があるもの（浴室用車いすを含む）
	②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 ※取付けに工事を伴う場合、住宅改修になります
	③浴槽内いす	浴槽内に置いて利用することができるもの
	④入浴台	浴槽の縁にかけて利用する台で、浴槽への出入りを容易にすることができるもの
	⑤浴室内すのこ	浴室内に置いて浴室の床の段差を解消することができるもの ※固定した場合は、段差解消としての住宅改修になります
	⑥浴槽内すのこ	浴槽内に置いて浴槽の底面の高さを補うもの ※固定した場合は、段差解消としての住宅改修になります
	⑦入浴用介助ベルト	被保険者の身体に直接巻き付けて使用するもので、浴槽への出入り等を容易に介助することができるもの
4 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、取水または排水のための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、硬質の材質で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。また、居室において必要があれば入浴が可能なものに限る。	
5 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 ※リフト本体は福祉用具貸与の対象です	

※ご不明な点は、沖縄市介護保険課給付係までお問い合わせください。

沖縄市役所介護保険課給付係・・・TEL 098-939-1212 （内線3145・2085）

3. 特定福祉用具販売事業者について

福祉用具については、都道府県等の指定を受けた指定特定福祉用具販売事業者から購入したものについてのみ福祉用具購入費の支給対象となります。

4. 支給限度基準額

同一年度（4月から翌年3月）で、10万円の9割（負担割合証に記載の負担割合に応じて変わります）を支給します。また、年度内に同じ種目の福祉用具を購入することは、原則として認められません。購入費支給は同一年度で1種目1回に限られます。ただし、破損や身体状況が大きく変わったことにより、既存の福祉用具では対応できなくなった場合には支給の対象となる事があります。その際は、通常の提出書類に併せて、「介護保険福祉用具 同一品目購入を必要とする理由書」の提出が必要となります。

※「6. 同一年度や耐用年数以内に同一品目を購入する場合」をご参照ください。

5. 福祉用具購入費の申請に必要な書類について

《償還払いの場合》

購入費用の全額を販売事業者へ支払った後に、払い戻しが受けられるものです。

生活保護受給者は償還払いの対応となります。※8.生活保護受給者の申請の流れについてを参照

(1) 福祉用具購入費支給申請書

必要事項を記入してください。

注：申請書が両面となっています。裏面の「福祉用具商品名 及び 具体的な購入理由」を必ず記入してください。ケアマネジャー・福祉用具専門員どちらでも作成可能です。

※福祉用具専門員が作成した場合でケアプランの作成がある場合にはケアプランの添付が必須となります。

(2) 本人名義の通帳コピー

被保険者（福祉用具を購入された本人）名義の普通口座。

※金融機関によっては、通帳の表側ではなく、中に口座番号が書かれている場合もありますのでご注意ください。

◎生活保護受給者の場合、保護課からの委任状が必要です。（本人名義の通帳コピーは必要ありません。）

(3) ケアプラン

ケアプランが作成されている場合は提出が必要です。

- ・要介護・・・居宅サービス計画書1～3表
- ・要支援・・・介護予防サービス・支援計画書

※説明・同意・交付への日付記入・署名がされていること

(4) 福祉用具購入領収書

領収書の原本を提出してください。

※宛名は、必ず被保険者本人の名前を記入してください。「上様」や名字のみ、家族名は不可。

※購入した日付・福祉用具名称・種目・金額をはっきり記入すること。「福祉用具代として」は不可。

※福祉用具の名称については、商品の正式名称とその品番、または型番を記載すること。

(5) 購入した福祉用具のカタログ等のコピー

購入した製品の「品名」「定価」「型番」「製造事業者名」が記載されているパンフレットを提出してください。

※品名・製造事業者にマーカーでラインを引いてください

(6) 福祉用具サービス計画書

※説明・同意・交付の日付記入・署名がされていること

《受領委任払いの場合》

当初から負担割合証に記載されている負担割合に応じた負担で福祉用具を購入することができます。

(1) 福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

必要事項を記入してください。

注：申請書が両面となっています。裏面の「福祉用具商品名 及び 具体的な購入理由」を必ず記入してください。ケアマネジャー・福祉用具専門員どちらでも作成可能です。

※福祉用具専門員が作成した場合でケアプランの作成がある場合にはケアプランの添付が必須となります。

(2) 受領委任払いに係る取扱誓約書（第1号様式）

(3) 同意書（様式第3号）

(4) ケアプラン

ケアプランが作成されている場合は提出が必要です。

- ・要介護・・・居宅サービス計画書1～3表
- ・要支援・・・介護予防サービス・支援計画書

※説明・同意・交付への日付記入・署名がされていること

(5) 福祉用具購入領収書

領収書の原本を提出してください。

※宛名は、必ず被保険者本人の名前を記入してください。「上様」や名字のみ、家族名は不可

※購入した日付・福祉用具名称・種目・金額をはっきり記入すること。「福祉用具代として」は不可。

※福祉用具の名称については、商品の正式名称とその品番、または型番を記載すること。

(6) 購入した福祉用具のカタログ等のコピー

購入した製品の「品名」「定価」「型番」「製造事業者名」が記載されているパンフレットを提出してください。

※品名・製造事業者にマーカーでラインを引いてください

(7) 福祉用具サービス計画書

※説明・同意・交付の日付記入・署名がされていること

6. 同一年度や耐用年数以内に同一種目を購入する場合

「身体状況が大きく変わったことにより、既存の福祉用具では対応できなくなった場合」「耐用年数以内であるが、既存の福祉用具が破損・故障した場合」等の、やむを得ない事由により同一種目の購入が必要になった場合、以下の書類が追加で必要となります。

①介護保険福祉用具 同一品目購入を必要とする理由書

なぜ同一品目の福祉用具が必要になったかを明記してください。

②写真

既存の福祉用具の全体写真、破損・故障部分の拡大写真を提出して下さい。

7. 暫定期間中・入院中の場合

(1) 福祉用具購入費の支給については、認定が下りてから・退院してからの申請となります。

(2) 要介護・要支援の認定が下りなかった場合、退院しないこととなった場合には申請できませんのでご注意ください。

8. 生活保護受給者の申請の流れについて

生活保護を受給している被保険者の購入の申請については、下記①～③の流れとなりますのでご注意ください。

①介護保険課給付係へ事前相談

理由書とケアプランの確認を行い、必要性について確認を行います。

②保護課へ必要書類提出

「5.福祉用具購入費の申請に必要な書類について《償還払いの場合》」に記されている

(1)、(2)、(3)、(5)、(6)のコピーに加え、

①保護変更申請書（介護扶助） ②見積書（2社以上） ③介護保険被保険者証のコピー が必要です。

※提出書類についての詳細は保護課へご確認ください。

③介護保険課給付係へ必要書類提出

「5. 福祉用具購入費の申請に必要な書類について《**償還払いの場合**》をご参照ください。

購入後に必要書類を揃え、介護保険課へ提出して下さい。

9. お問い合わせ先

沖縄市役所健康福祉部介護保険課 給付係

T E L : 098-939-1212 (内線 3145・2085)

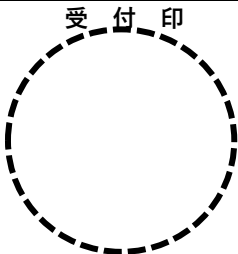
F A X : 098-987-8527

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

ふりがな		保険者番号		沖縄市		472118						
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性別	男・女		要介護度	要支援（ ）要介護（ ）				
住 所		〒 電話番号（ ）										
種目 番号	福祉用具名（商品名）	製造事業者名		購入日				購入金額				
		販売事業者名										
				令和 年 月 日				円				
				令和 年 月 日				円				
				令和 年 月 日				円				
※注意：福祉用具購入の種目番号は下記番号を記載してください。					負担割合		割	購入総額		円		
1.腰掛便座 2.自動排泄処理装置の交換可能部品 3.入浴補助用具 4.簡易浴槽 5.移動用リフトのつり具の部分												
沖縄市長 様 上記の通り、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。 なお、上記の保険給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号（ ）												
上記申請者の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を当事業者が受任することに同意します。 受領委任された居宅介護（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。 受取人 住所 事業者名 代表者名 電話番号（ ）												
口座 振替 依頼 欄					本店（所） 支店（所） 出張所		金融機関コード			店舗コード		
	種目		1. 普通 2. 当座 3. その他		口座番号							
	フリガナ											
	口座名義人											

沖縄市記入欄 ※この欄は記入しないでください。

滞納保険料	支給する福祉用具購入費	課長	補佐	係長	係
有 ・ 無	円				
給付制限					
有 ・ 無	(備考)				



○福祉用具商品名 及び 具体的な購入理由

商品名		
(1)購入前の本人・家族の状況		(2)購入により得られる効果

商品名		
(1)購入前の本人・家族の状況		(2)購入により得られる効果

理由欄記入者 ☐介護支援専門員 ☐地域包括支援センター職員 ☐福祉用具専門相談員

事業所名

氏 名	連絡先
-----	-----

特定福祉用具購入が必要な理由欄を担当ケアマネジャーが作成しない場合は、この申請内容について
担当ケアマネジャーが確認・把握し、以下に署名又は記名・押印してください。

居宅介護支援（地域包括支援）事業所・担当者

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

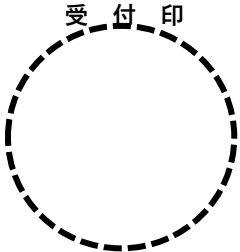
ふりがな			保険者番号	沖縄市		4	7	2	1	1	8
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男・女		要介護度	要支援（ ）要介護（ ）				
住 所	〒 電話番号（ ）										
種目 番号	福祉用具名（商品名）	製造事業者名	購入日			購入金額					
		販売事業者名									
			令和 年 月 日			円					
			令和 年 月 日			円					
			令和 年 月 日			円					
※注意：福祉用具購入の種目番号は下記番号を記載して下さい。 1.腰掛便座 2.自動排泄処理装置の交換可能部品 3.入浴補助用具 4.簡易浴槽 5.移動用リフトのつり具の部分			負担割合	割	購入総額	円					
沖縄市長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号（ ）											

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 振替 依頼 欄			本店（所） 支店（所） 出張所		金融機関コード			店舗コード			
	種目	1. 普通 2. 当座 3. その他		口座番号							
	フリガナ										
	口座名義人										

沖縄市記入欄 ※この欄は記入しないでください。

滞納保険料	支給する福祉用具購入費	課長	補佐	係長	係
有 ・ 無	円				
給付制限					
有 ・ 無	(備考)				



○福祉用具商品名 及び 具体的な購入理由

商品名		
(1)購入前の本人・家族の状況	(2)購入により得られる効果	

商品名		
(1)購入前の本人・家族の状況	(2)購入により得られる効果	

理由欄記入者 ☐介護支援専門員 ☐地域包括支援センター職員 ☐福祉用具専門相談員

事業所名

氏 名	連絡先
-----	-----

特定福祉用具購入が必要な理由欄を担当ケアマネジャーが作成しない場合は、この申請内容について
担当ケアマネジャーが確認・把握し、以下に署名又は記名・押印してください。

居宅介護支援（地域包括支援）事業所・担当者

様式第3号（第4条関係）

同意書

（福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払い用）

沖縄市長 様

年 月 日

被保険者（以下「甲」という。）に対して業者（以下「乙」という。）が実施する住宅改修または、「甲」に対して「乙」が販売した福祉用具について、甲及び乙は、住宅改修費・福祉用具購入費の受領委任払い制度の内容を理解し、この制度を利用することに同意します。

甲（被保険者）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

乙（施工業者）

所在地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____ ㊞

電話番号 _____

第1号様式（第3条関係）

沖縄市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任
払い制度に係る取扱誓約書

年 月 日

（あて先）沖 縄 市 長

届 出 者 所 在 地 _____

事 業 者 名 称 _____

代 表 者 氏 名 _____ (印)

沖縄市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び住宅改修費受領委任払い制度（以下「受領委任払い制度」という）の取扱いを申し出るに当たり、次の事項を遵守することを確約します。

- 1 受領委任払い制度の提供に関しては、関係法令及び沖縄市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払い制度実施要綱（以下「要綱」という。）等を遵守すること。
- 2 福祉用具購入及び住宅改修を行う被保険者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、当該被保険者の心身及び住宅の状況等を踏まえた適切なサービス提供を行うよう努めること。
- 3 福祉用具購入及び住宅改修を行うに当たっては、沖縄市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。
- 4 福祉用具購入及び住宅改修を行うに当たっては、被保険者の提示する介護保険被保険者証によって被保険者資格、要介護認定等の有無、要介護認定等の有効期限等を確認し、制度の利用が可能であるかどうか確認すること。また、当該利用者に過去の給付実績を確認すること。
- 5 正当な理由なく、受領委任払い制度の利用を拒まないこと。
- 6 受領委任払い制度については、保険給付分を除いた自己負担額の支払いを被保険者より受けるものとし、これを減免し、又は超過して費用を徴収しないこと。また、自己負担額の支払いを受けたときは、被保険者に対し自己負担額分の領収書を発行すること。
- 7 利用対象者が、不正な行為により保険給付を受けようとしたとき、又は必要な手続き等に関して正当な理由なく協力しないときは、遅滞なくその旨を沖縄市に通知すること。
- 8 福祉用具購入及び住宅改修に関する記録を整備し、その記録を福祉用具の購入日又は住宅改修の領収日から2年間保存すること。
- 9 利用対象者からの苦情又は相談等があった場合は、訪問等により円滑かつ迅速に苦情処理を行うこと。自らが処理し得ないときは、関係機関との調整等の対応を行うこと。

作成年月日	令和 年 月 日
-------	-------------------------

介護保険福祉用具 同一品目購入を必要とする理由書

1、被保険者

被保険者番号		被保険者氏名	
被保険者住所			

2、理由書作成者

事業所住所			
作成者氏名		連絡先電話番号	

3、購入対象品

購入種別	腰掛便座 ・ 特殊尿器 ・ 入浴補助用具 簡易浴槽 ・ リフトつり具 ・ 排泄装置の部分		
購入品目			
購入品名			

4、福祉用具購入が必要な理由

.....

.....

.....

.....

.....

※この理由書は、やむを得ない事由による同一品種の購入時などに必要となります。