

介護保険福祉用具購入費の支給申請について

令和6年6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、入浴や排泄等を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. 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.固定用スロープ 8.歩行器（歩行車を除く） 9.歩行補助つえ（単点杖（松葉杖を除く）・多点杖） ※詳細は「2. 支給対象種目について」をご参照ください。 ※7.8.9については2024年4月1日改正により追加、貸与と販売の選択制となりました。
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。 ・同一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。 ・購入費のうち、10万円を超えた金額は全額自己負担となります。
自己負担額	・10万円の範囲内でかかった費用の自己負担の割合に応じた金額。 ※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。

※生活保護受給者の申請については、まずは保護課へご確認ください。

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 排泄予測支援機器	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又はその介護を行う者に自動で通知するものである。 ※専用ジェル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は保険給付対象外	
4 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
5 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。	
6 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	
7 スロープ	段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないものに限る	
8 歩行器	歩行が困難な者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、四脚を有し、上肢で保持して移動させることが可能なもの	
9 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及び多点杖に限る	

※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や、利用者の身体状況や生活環境から必要と認められる場合、ロフストランド・クラッチやスロープのような種目の性質等から複数個の利用が想定される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。

※「7. 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（窓口・郵送）

※電子申請の場合はマイナポータルの「ぴったりサービス（電子申請）」から
居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請について」確認

《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。

(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。

※貸与と販売の選択制の対象となる福祉用具の場合、医師やリハビリ専門職等の意見や提案した内容についても理由書への記載をお願いします。

※福祉用具専門員が理由書を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。

(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

(7) 「支給対象種目3.排泄予測支援機器」を購入する場合の添付書類

①医学的な所見の確認できるもの

以下のいずれかの方法により、居宅要介護者等の膀胱機能を確認すること

- ・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

《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。

※貸与と販売の選択制の対象となる福祉用具の場合、医師やリハビリ専門職等の意見や提案した内容についても理由書への記載をお願いします。

※福祉用具専門員が理由書を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）

必ず押印してください。

(3) 同意書（様式第3号）

必ず押印してください。

(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atalog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

(8) 「支給対象種目3.排泄予測支援機器」を購入する場合の添付書類

①医学的な所見の確認できるもの

以下のいずれかの方法により、居宅要介護者等の膀胱機能を確認すること

- ・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

6. 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について

(1)対象となる福祉用具

- ・・・固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）
歩行補助つえ（単点杖（松葉杖を除く）及び多点杖）

(2) 選択制の対象福祉用具提供の際の留意事項

福祉用具専門相談員又は介護支援専門員は、以下の対応を行ってください。

- ①貸与と販売のいずれかを利用者が選択できることの説明
 - ・・・それぞれのメリット及びデメリットを含め十分説明を行う
 - ②利用者の選択に当たって必要な情報の提供
 - ・・・利用者の生活環境等の変化や福祉用具の利用期間の見通し等の情報
 - ③医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ提案
 - ・・・利用者の身体状況変化の見通しに関する医師やリハビリ専門職等からの情報
 - 医師の意見は、本人や家族が確認した内容でもよい
- (3) (2) ③について担当ケアマネジャーや入院・外来等で関わっているリハ専門職等がない場合
- ①福祉用具専門相談員が利用者に購入・貸与の選択にあたり、医師やリハビリ専門職等からの身体状況の変化の見通しに対する情報提供が必要であることを説明し、「地域リハビリテーション活動支援事業」の専門職より助言を得ることについて同意を得る
 - ②福祉用具専門相談員が沖縄市介護保険課地域支援担当「地域リハビリテーション活動支援事業」の派遣依頼を行う
- 受付窓口は沖縄市役所地下2階 介護保険課地域支援担当となります。

※フローチャート「選択制導入対象の福祉用具 使用希望から購入または貸与まで」を参考にしてください。

7. 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。

8. 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。

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