福祉用具購入の手引き

令和８年３月

福知山市高齢者福祉課

●目次

1. 概要 ･･･ 2

2. 支給要件 ･･･ 2

3. 福祉用具購入の保険給付額 ･･･ 5

4. 支払方法 ･･･ 5

5. 福祉用具購入の流れ･支給申請に必要な書類 ･･･ 6

6. 留意事項 ･･･ 15

1.概要

在宅の要介護者等が、都道府県知事の指定を受けた指定特定（介護予防）福祉用具販売事業所から、入浴や排せつに用いる福祉用具等の一定のものを購入したときは、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費が保険給付対象となります。

福祉用具購入費支給の対象となるのは、福祉用具のうち貸与になじまない性質のもので、福知山市が日常生活の自立を助けるために必要と認める場合に限ります。

2. 支給要件

1）福祉用具購入費支給の要件

以下の①～⑤の要件をすべて満たしている場合、福祉用具購入費の支給を受けることができます。

①要支援1・2、要介護1～5の認定を受けていること
②利用者が在宅生活をしていること
③利用者の日常生活の自立を助けるために必要なものであること
④指定介護予防支援事業所又は指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が福祉用具購入の必要性を認めていること
（担当介護支援専門員がいない場合については、介護支援専門員や福祉用具専門相談員等の専門職が福祉用具購入の必要性を検討すること）
⑤都道府県から特定（介護予防）福祉用具販売の指定を受けた事業所から購入すること

貸与・購入の選択制の対象となっている福祉用具を購入する場合は、①～⑤に加え、次の⑥も要件となります。

⑥福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリットとデメリットを含め十分説明を行うとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供することとし、また医師や専門職（介護支援専門員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の意見や利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこと

なお、貸与・購入の選択制となっている福祉用具を販売した事業所は、次のア及びイを行う必要があります。

ア　福祉用具専門相談員は、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認すること

イ　利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努めること

2）対象となる福祉用具

種目	機能又は構造
1　腰掛便座	次のいずれかに該当するものに限る。 ①和式便座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（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。）。ただし、設置に要する費用については従来どおり、法に基づく保険給付の対象とならないものである。
2　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、居宅要介護者等又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、洗浄液等排泄の都度消費する者及び専用パンツ、専用シーツ等の関連製品は除かれる。）
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の関連製品は除かれる。）
4　入浴補助用具	入浴の際に座位の保持や浴槽へ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に限る。 ①入浴用いす　：　座面の高さが概ね 35 ㎝以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る。 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に限る。

	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に限る。 ④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に限る。 ⑤浴室内すのこ　：　浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る。 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に限る。 ⑦入浴用介助ベルト　：　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することができるものに限る。
5　簡易浴槽	空気式又は折り畳み式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。
6　移動用リフトの吊り具の部分	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること。
7　スロープ	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をいい、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。 ※貸与と販売のどちらかを選択できます。
8　歩行器	歩行が困難な人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歩行器をいい、車輪・キャスターがついている歩行車は除く。 ※貸与と販売のどちらかを選択できます。
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。松葉杖は除く。 ※貸与と販売のどちらかを選択できます。

3）購入できる場所

保険給付の対象となるのは、都道府県の指定を受けた事業所での購入に限ります。

都道府県の指定を受けている事業所は、ワムネットで確認してください。

4)購入するためには

担当のケアマネジャー(介護支援専門員)に相談してください。

担当のケアマネジャーがいない場合には、指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員に相談してアドバイスを受けてください。

3. 福祉用具購入の保険給付額

福祉用具購入費の支給限度基準額は、消費税込みで10万円です。領収日時点の利用者負担割合に応じて福祉用具購入費が支給されます。なお、利用者負担割合は「介護保険負担割合証」にて確認してください。

支給限度額管理期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までの1年間で、当該購入日(代金完済日:領収書記載日)の属する年度において管理されます。支給限度基準額を超えた部分の購入費用は全額自己負担となります。

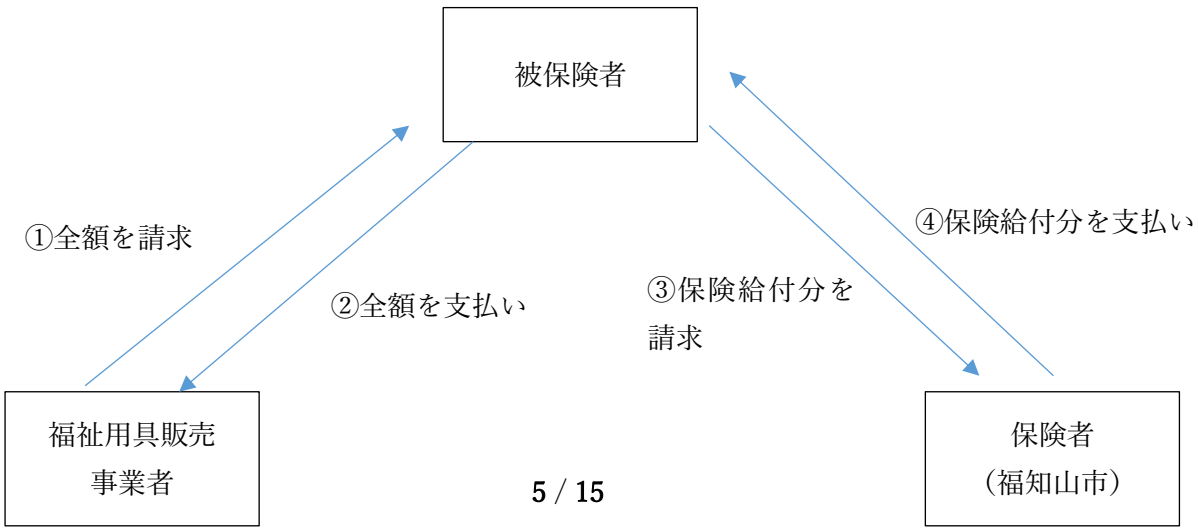
また、同一年度に一度、福祉用具購入費が支給されると、以後の期間に同一種目の福祉用具については福祉用具購入費は支給されません。

利用者負担割合	給付
1割	年度間10万円までの購入費用について、9割給付(上限9万円)
2割	年度間10万円までの購入費用について、8割給付(上限8万円)
3割	年度間10万円までの購入費用について、7割給付(上限7万円)

4. 支払い方法

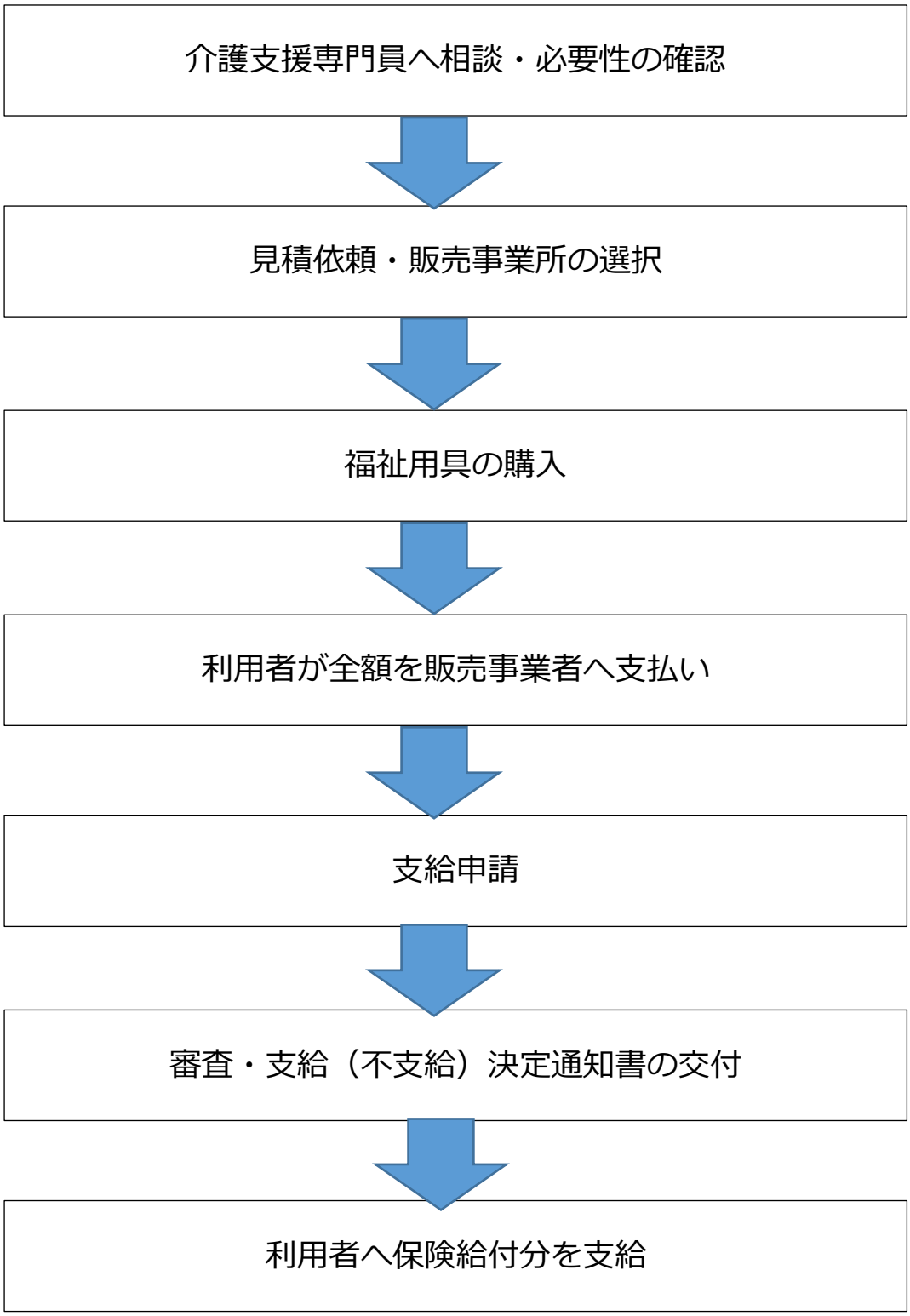
福祉用具購入費の支払い方法は、償還払いとなります。

償還払いとは、被保険者が事業者に一度費用の全額を支払い、その後申請により福知山市からの払い戻しを受ける方法をいいます。



5. 福祉用具購入の流れ･支給申請に必要な書類

1)福祉用具購入の流れ



2）支給申請に必要な書類

申請に必要な書類	備考
1　介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書	被保険者氏名等は間違いなく記載してください。
2　領収書	宛名は被保険者氏名のもの。 原本を提出してください。
3　パンフレット（写し）	福祉用具の写真・名称・金額等が記載されているもの。
4　請求書	口座名義人が被保険者以外の場合は、「介護保険給付金受領委任書」を添付してください。
5　介護保険給付金受領委任書 ※被保険者以外の口座に振り込む場合に必要	
6　平面図 ※スロープを複数個購入する場合に必要	スロープを設置する箇所が分かるよう記載してください。
7　すのこのサイズが分かるもの ※オーダーメイドのすのこを購入する場合に必要	縦横のサイズが分かるように記載してください。
8　排泄予測支援機器を購入する場合に必要な書類 ※排泄予測支援機器を購入する場合に必要	次のいずれかの書面を提出してください。 ・介護認定審査における主治医意見書 ・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
9　排泄予測支援機器　確認調書 ※排泄予測支援機器を購入する場合に必要	排泄予測支援機器の試用結果等について確認した場合に添付してください。

1　介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

◆申請のポイント

・　購入する福祉用具の種目名・商品名・製造事業者は、パンフレット等に記載のとおり記入してください。
・　支給申請額は、利用者負担割合に応じて計算してください。
・　福祉用具が必要な理由は、その福祉用具を購入することによって、被保険者の生活がどのように改善（維持）されるのか、購入しないことによるリスクがある場合は、なにが原因でリスクが高まり、福祉用具を購入することによってどのようにリスクが軽減されるのかが分かるよう、具体的に記載してください。
・　支給申請は、購入日以後に行ってください。

◆提出前確認リスト

□　被保険者情報は正確に記載されていますか。
□　福祉用具名・製造事業者・販売事業者・購入金額・購入日は正確に記載されていますか。
□　支給申請額は、購入日時点の利用者負担割合で計算されていますか。
□　福祉用具が必要な理由は、客観的に必要性が認められる内容になっていますか。
□　購入日以後の申請となっていますか。

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	ふくち　たろう	保険者番号				2	6	2	0	1	4
被保険者氏名	福知　太郎	被保険者番号	0	0	0	0	●	●	●	●	●	●
生年月日	明・大 (昭)　●年●月●●日	性　別	(男)・　女								
住　　所	〒 620-×××× 福知山市字内記●●番地の×× 電話番号　0773-(××)-××××										

福祉用具名		製造事業者	販売事業者名	購入金額	購入日
種目名	商品名				
腰掛便座	ポータブルトイレ FX30S	アロン化成	㈱●●商事	27,280　円	令和８年２月２５日
				円	年　月　日
				円	年　月　日

購入金額合計	27,280　円	利用者負担割合	1　割
支給申請額（円未満切り捨て）	24,552　円		
福祉用具が必要な理由	R7.8の大腿骨転子部骨折以降歩行が困難になり、トイレまで行くことによる転倒リスクが高まったため。		

福知山市長　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８年２月２７日

申請者（被保険者）

住　所　福知山市字内記●●番地の××

電話番号　0773-××-××××

氏　名　福知　太郎

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、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

福知山市記入欄

記入不要

2　領収書

◆提出前確認リスト

□　領収書は原本ですか。（原本の返却が必要な場合は申し出てください。）

□　領収書の宛名は被保険者本人となっていますか。

□　領収金額として、福祉用具購入費用全額分の金額が記載されていますか。

□　但書は記載されていますか。

□　日付は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書の購入日と一致していますか。

領収書

年　　月　　日

様

金額

但し、

上記金額正に領収いたしました。

株式会社〇〇〇
〒000-0000
〇〇県〇〇市●●町1-2-3　△△ビル〇階
TEL：
FAX：

4　請求書

◆申請のポイント

・　請求の日付は、領収日以後としてください。
・　右上の住所・氏名は、被保険者本人の情報を記載してください。
・　請求金額は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書の支給申請額と一致します。
・　被保険者本人以外の口座への振り込みを希望される場合は、「介護保険給付費受領委任書」を添付してください。

◆提出前確認リスト

□　請求の日付は、領収日以後になっていますか。
□　請求金額は、申請書の支給申請額と同額ですか。
□　口座情報は正確に記載されていますか。
□　口座名義人が被保険者本人以外の場合、「介護保険給付費受領委任書」を添付していますか。

請求番号	

請　求　書

下記のとおり請求します。

令和 8年 2月 27日

福知山市長　大橋 一夫 様

請求金額	十億		百万	¥	2	千 4	5	5	円 2

〒 620－××××　自治会名（ 内記三丁目 ）

住 所　福知山市字内記●●番地の××

TEL(0773)××－××××

氏 名　福知 太郎

品　名	規格・品質	数 量	単位	単 価	金 額（円）	摘 要
福祉用具購入費		一	式		24,552	不課税

口座振替（送金）依頼	金融機関名			種目	口座番号
	●×	銀行 / 信用金庫 / 農業協同組合	▲▲ 本店 / 支店 / 支所	普通 / 当座	○○○○○○○
	フリガナ	フクチ タロウ			
	口座名義	福知 太郎			

令和　年　月　日
検収確認
㊞

記入不要

主 管 課	高齢者福祉課

介護保険給付金受領委任書

福知山市長　様

私が福知山市から受け取る介護保険福祉用具購入費については、下記の者に受領を委任します。

令　和　８　年　２　月　２　７　日

請求書の日付以前としてください。

＜委任者＞

住　所　　福知山市字内記●●番地の××

氏　名　　福知　太郎

被保険者番号（　0000●●●●●●　）

福祉用具を購入した被保険者本人の情報をご記入ください。

＜受任者＞

住　所　　京都市上京区××××

氏　名　　福知　花子

委任者との続柄（　　子　　）

福祉用具購入費を受け取られる方の情報をご記入ください。

＜振込口座＞

金融機関	△△	銀行	信用金庫	農業協同組合	◆◆	本店	支店	出張所		
預金種目	普通預金	・	当座預金	口座番号	●	●	●	●	●	●	●
フリガナ	フクチ　ハナコ									
口座名義	福知　花子									

排泄予測支援機器　確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
確認者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記

【利用者情報】
氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　年齢 ＿＿＿歳

同居家族 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　トイレへの主な介助者 ＿＿＿＿＿

要介護区分　要介護･要支援 ＿＿＿

介護認定調査　項目2－5排尿（該当するものに〇をする）

1. 介助されていない　2. 見守り等　3. 一部介助　4. 全介助

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　機種名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有 ・ 無（無の場合、以下に試用しなかった理由を記載） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
試用期間	＿＿月＿＿日～＿＿月＿＿日　（1日あたり＿＿時間装着）		
装着し、通知がされたか	可 ・ 否	通知後、トイレまでの誘導時間	＿＿分
試用結果（※）（通知後にトイレで排泄できた回数／実際の通知回数）			
＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回	＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回
＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回	＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回
＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回	＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回
＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回	＿＿月＿＿日	＿＿回／＿＿回

6. 留意事項

1）同一種目の購入について

福祉用具購入費の支給は、1種目1回に限られています。用途や機能等が違う場合は購入できますが、同一用途の用具については、既に購入している用具が破損等により使用できなくなった場合に限り、再購入が認められます。破損等の事情により再購入する場合は、申請書の「福祉用具が必要な理由」欄にその旨記載してください。

古くなった、汚れた等の理由により新しいものを再購入することはできません。

その他、著しく介護の程度が高くなった等の特別な事情がある場合も、必ず事前に相談してください。

＜例＞昼夜で過ごす場所が違うため、ポータブルトイレをそれぞれ購入したい。

→同一品目になるため、認められません。

＜例＞浴槽用手すりと入浴台をそれぞれ購入したい。

→同じ種目（入浴補助用具）になりますが、用途や機能が異なるため、それぞれ購入することができます。

2）介護認定審査中の福祉用具購入について

原則として、要介護又は要支援の認定を受けていることが必要ですが、緊急を要する場合は、認定結果が決定する前に福祉用具を購入することは可能です。

ただし、認定が非該当となった場合は福祉用具購入費を支給することができません。

3）入院・入所中の福祉用具購入について

入院・入所中で退院・退所の見込みがある場合は福祉用具購入が可能です。ただし、万が一退院・退所しなかった場合は福祉用具購入費を支給することができません。なお、入院・入所中で一時帰宅のために福祉用具を購入する場合も支給の対象外となります。

4）被保険者が死亡した場合について

福祉用具を購入し被保険者が死亡した場合は、生前に福祉用具を利用していることが福祉用具購入費の支給条件となります。

なお、申請者は相続人となります。