

福祉用具購入の手引き
令和6年3月（第2版）
下野市 高齢福祉課

目次

1.介護保険における福祉用具購入の概要	P.2
2.対象要件	P.2
3.支給限度額	P.3
4.福祉用具の種類	P.4
5.支給方法	P.6
6.申請の流れ	P.7
7.必要書類	P.8
8.排泄予測支援機器について	P.9
9.同一品目の購入	P.10

1.介護保険における福祉用具購入の概要

要支援・要介護認定を受けている利用者が、可能な限り自宅で自立した生活をするために、排泄や入浴等に用いる福祉用具の購入費の一部を支給する制度です。購入する際は、ケアマネジャーまたは福祉用具販売事業所にご相談ください。

2.対象要件

支給の対象となるには、下記の要件を満たしていることが必要となります。

- 要支援・要介護認定を受けていること
- 利用者が在宅で生活されていること
(有料老人ホームに入居している場合、対象となる場合があります。)
- 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

⚠ 申請にあたっての注意事項

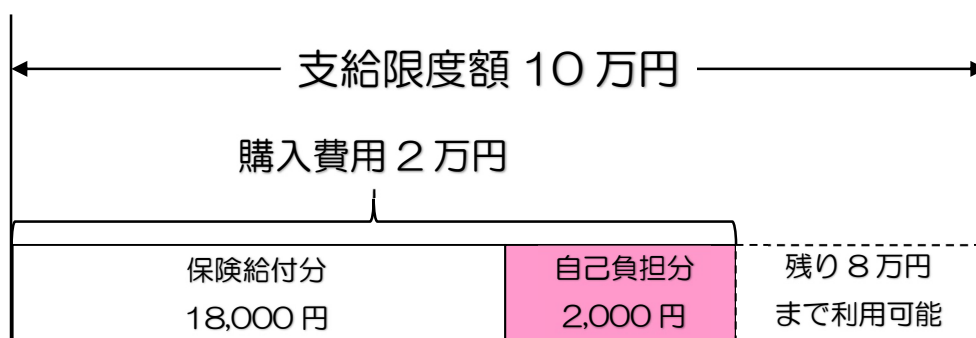
- 認定申請中に購入し、認定結果が「非該当」の場合は、全額自己負担となります。
- 原則、同一品目は再度購入できません。購入を希望される場合は、ご相談ください。

3.支給限度額

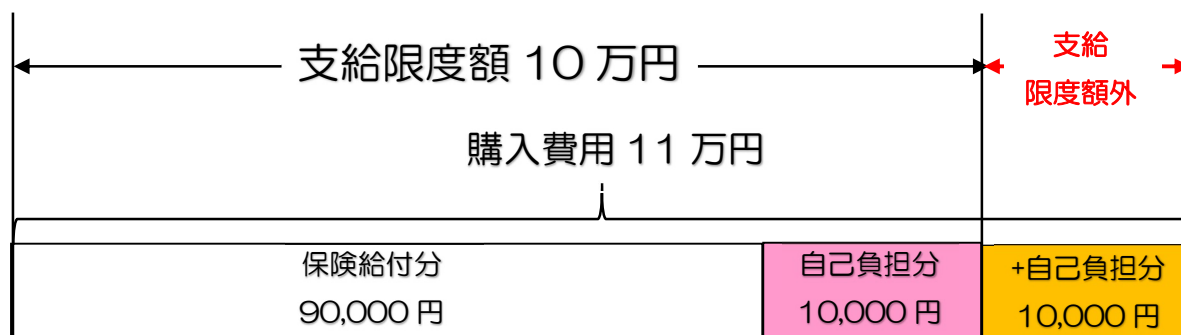
要支援・要介護認定区分に関わらず、同一年度（4月から翌年3月まで）で一人当たり10万円が上限です。負担割合に応じて、支給限度額内で購入した金額の1割～3割が自己負担となります。なお、支給限度額内であれば複数回に分けて申請が可能です。

※購入金額が10万円を超える場合、その分は自己負担となります。

例①：2万円の福祉用具を購入した場合（自己負担1割の場合）＝自己負担2,000円



例②：11万円の福祉用具を購入した場合（自己負担1割の場合）＝自己負担20,000円



4.福祉用具の種類

種類	内容
腰掛便座	<p>1.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。）。</p> <p>2.洋式便器の上に置いて高さを補うもの。</p> <p>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。</p> <p>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）。但し、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ものである。</p>
自動排泄処理装置の交換可能部品	<p>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。</p> <p>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除かれる。</p>
排泄予測支援機器	<p>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除かれる。</p>
入浴補助用具	<p>1.入浴用いす 座面の高さが概ね 35 cm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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6.浴槽内すのこ 浴槽の中に置いて浴槽の座面の高さを補うものに限る。</p>

	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。
簡易浴槽	空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるもの。硬質の材質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ものに限られる。
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であること。

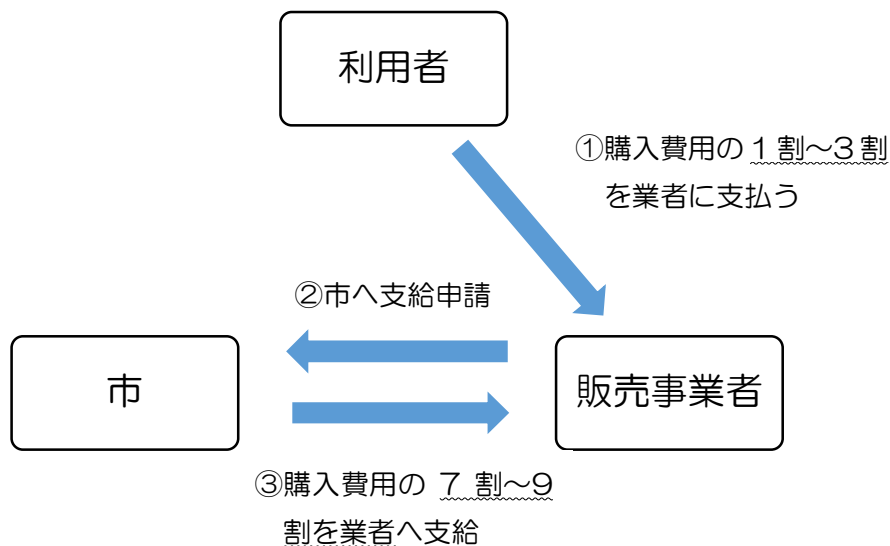
★令和6年4月1日から下記種目が貸与と購入の選択が可能となります。

	変更前	変更後
固定用スロープ	貸与のみ	購入可能 ※ただし、歩行車・松葉杖は除く
歩行器		
単点杖		
多点杖		

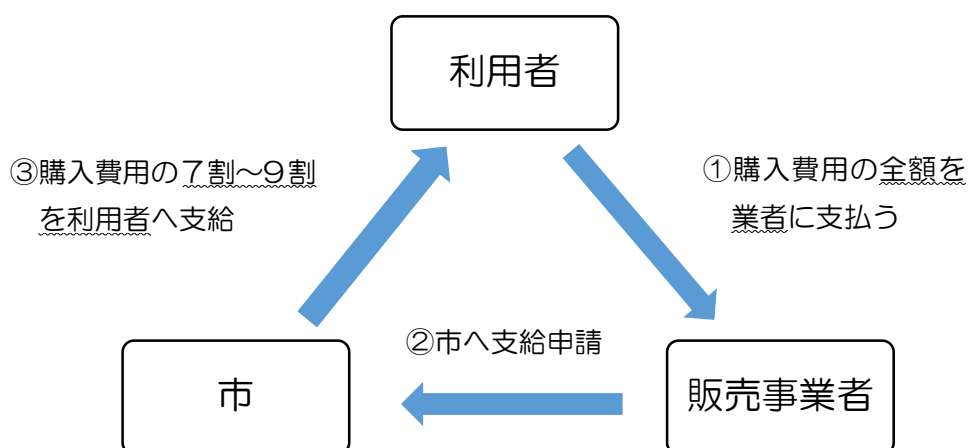
5.支給方法

受領委任払いと償還払いのどちらかを選択することが可能です。
なお、支給方法によって必要書類が異なりますのでご注意ください。

受領委任払い：利用者が販売事業者に負担割合に応じて購入費用の 1 割～3 割を支払い、支給申請後に市から販売事業者に残りの 7 割～9 割を支給します。



償還払い：利用者が販売事業者に購入費用全額を支払い、支給申請後に負担割合に応じて購入費用の 7 割～9 割を利用者へ支給します。



6.申請の流れ

利用者または家族が
ケアマネージャー
または販売事業者にご相談



購入

※同一品目を購入される場合はご相談ください。



ケアマネージャーまたは販売事業者が
市へ支給申請



市が支給決定

7.必要書類

①申請書

- 受領委任払い、償還払いで申請書が異なりますので、ご注意ください。
- 氏名、住所、被保険者番号等の間違いは再提出が必要です。
- **購入金額には、自己負担分ではなく全額を記入してください。**
- 福祉用具が必要な理由の欄に書ききれない場合、別途書類を添付してください。
- 身体状況だけでなく、介助者の有無等も記入してください。

②カタログ

- 購入する福祉用具のカタログを添付してください。
- 蛍光ペン等で購入する福祉用具に印をつけてください。

③領収書

※受領委任払い：自己負担額（10万円を超える場合は、超える分も含めた金額）

例：購入費用 11 万円→領収書は 2 万円（負担割合 1 割+超過分 1 万円）

償還払い：購入費用全額

④請求書

※氏名の漢字、住所、被保険者番号は正式なものを記入してください。誤っている場合、再提出が必要です。

例)「高」「崎」が正式な場合に「高」「崎」を記入した場合、修正のうえ再提出となります。

※社印のみでは受理できません。併せて代表者印を押印または発行者（発行責任者または担当者）の氏名、連絡先を記入してください。

※請求金額は、負担割合を除いた金額になります。全額を記載した場合、再提出が必要です。また、超過分は自己負担となりますのでご注意ください。

例) 購入費用 2 万円→請求金額 1 万 8 千円（負担割合が 1 割の場合）

購入費用 11 万円→請求金額 9 万円（負担割合が 1 割の場合）

⑤委任状

- 償還払いかつ被保険者本人以外の口座に振り込む場合、委任状が必要です。

8.排泄予測支援機器について

排泄予測支援機器を販売する際は、下記の留意事項を確認してください。

1) 医学的所見の確認

販売の際は、福祉用具販売事業者は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してください。

- ①介護認定審査における主治医意見書
- ②サービス担当者会議等における医師の所見
- ③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
- ④個別に取得した医師の診断書 等

2) 福祉用具販売事業者が事前に確認すべき事項

排泄予測機器の利用による自立した排尿を目指すため、福祉用具販売事業者は以下について、利用希望者に対し事前に確認の上、販売してください。

- ①利用の目的を理解し、トイレでの自立した排尿を目指す意思があるか。
- ②体型・体質によって装着可能か。
- ③居宅要介護者やその介護者等が通知を理解し、トイレまでの移動・誘導が可能か。

なお、居宅要介護者等の状態により、通知から排尿までにかかる時間（排尿を促すタイミング）は異なるため、販売前に一定期間の試用を推奨し、積極的な助言に努めるとともに、継続利用が困難な場合、試用を中止してください。

また、介助者も高齢等のため利用にあたり継続した支援が必要と考えられる場合は、販売後も必要に応じ訪問等を行い、利用状況等の確認や利用方法指導等に努めてください。

3) 支給申請

支給申請時は前頁の書類に併せて、上記 1) に掲げるいずれかの書類を添付してください。なお、必要に応じ試用について確認調書の提出を求めることがあります。

排泄予測機器に関する Q&A は下記に掲載されておりますので、ご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/index_00010.html

出典：厚生労働省老健局高齢者支援課 介護保険最新情報 Vol.1059

9.同一品目の購入

同一品目の購入は、原則対象外となります。購入を希望される場合は、市へご相談のうえ、下記の書類を提出してください。

①理由書

- ・身体状況や福祉用具の状態等、購入の必要性を明確に記入してください。

※部品交換による修理が可能な場合は、部品分が給付対象になりますので、販売事業者等にご確認ください。

②写真

- ・現在使用中の福祉用具の写真を添付してください。
- ・状態がわかるように、一枚ではなく複数枚撮影してください。

③カタログの写し

- ・前回購入品のカタログが用意可能な場合、添付してください。

下野市健康福祉部高齢福祉課 介護保険グループ

〒329-0492 下野市笹原 26 番地

TEL 0285-32-8904

FAX 0285-32-8602