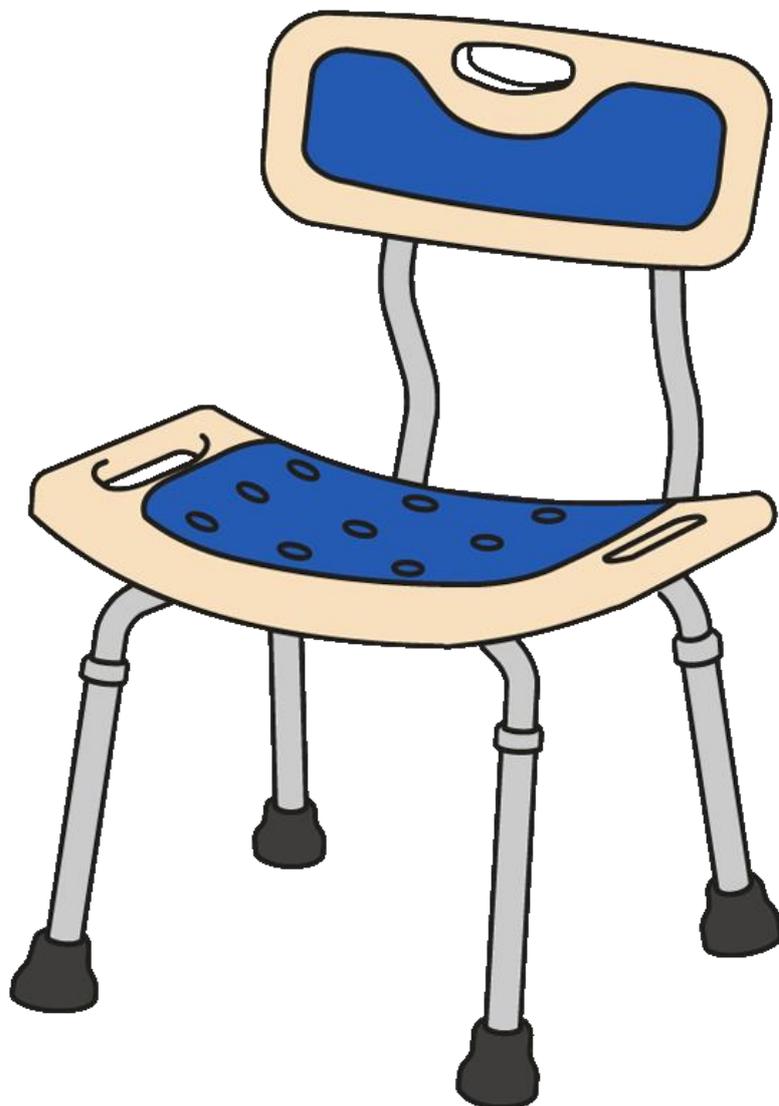


福祉用具購入費の支給について



介護保険福祉用具販売資料

令和7年2月

調布市福祉健康部高齢者支援室

目次

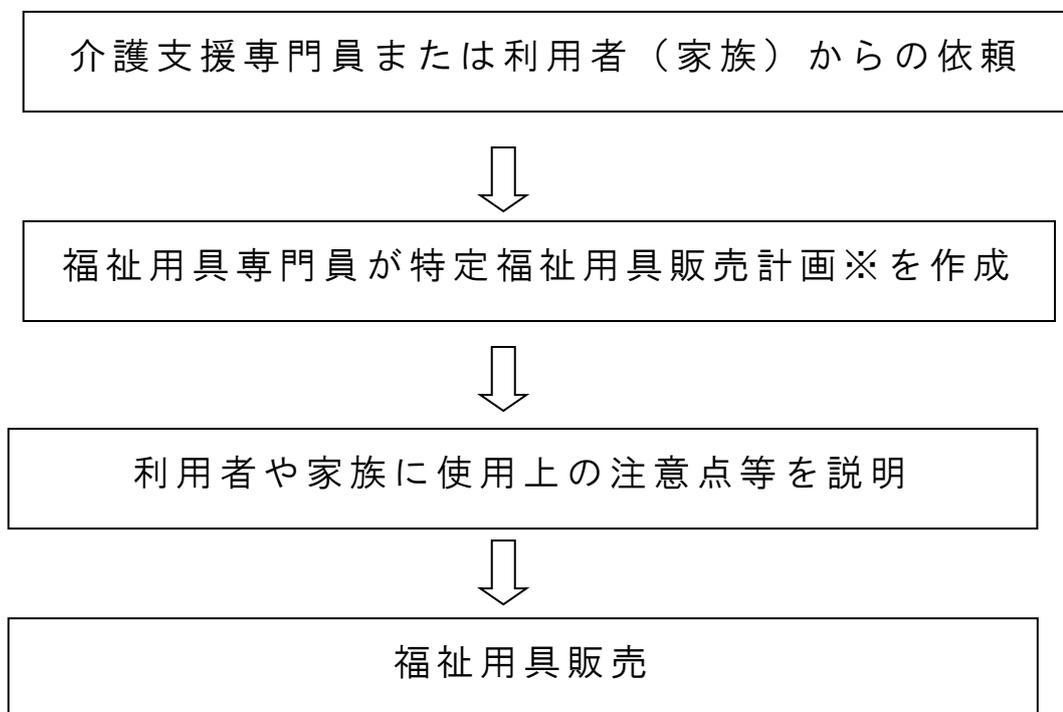
	ページ
1 居宅介護（介護予防）福祉用具販売とは	1
2 販売までのプロセス	1
3 福祉用具購入費の支給対象となる種目	2
4 福祉用具購入費の支給限度基準額	4
5 同一種目用具の再購入	4
6 福祉用具購入費支給申請書の提出	5
7 福祉用具購入費支給申請書提出における注意事項	6
8 申請書記入の際の注意事項	7
9 福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）記入例	8～11
10 提出書類チェックシート	12・13
11 訪問調査	13
12 受領委任払い	14
13 受領委任払いに係る事業者との協定及び登録について	14
14 受領委任払い制度利用の流れ	15

1 居宅介護（介護予防）福祉用具販売とは

利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境をふまえた適切な特定福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い、特定福祉用具を販売することにより、日常生活の便宜を図り機能訓練に資するとともに介護者の負担軽減を図るもの

2 販売までのプロセス

福祉用具専門相談員が依頼を受けて、アセスメントを実施し、居宅サービス計画に沿って特定福祉用具販売計画※を作成し、利用者や家族に対して福祉用具の基本機能と安全に使用するための留意点を十分に説明すると同時に、利用者や家族が適切に使いこなせるか、スペースや段差などの住宅環境が福祉用具使用の妨げになっていないかなど確認しサービスの提供を行います。



※特定福祉用具販売計画は、福祉用具専門員が、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、特定福祉用具販売の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載します。

※福祉用具貸与の利用がある場合は、貸与と販売に係る計画を一体的に作成し、居宅サービス計画が作成されている場合は、居宅サービス計画に沿って作成します。

3 福祉用具購入費の支給対象となる種目

1 腰掛便座

次のいずれかに該当するもの

- 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であるもの）
座面の高さが概ね35cm以上のもの又はリクライニング機能を有するもの

2 自動排泄処理装置の交換可能部品（次の要件を全て満たすもの）

- ・ レシーバ，チューブ，タンク等のうち，尿や便の経路となるもの
- ・ 要介護者又はその介護を行う者が容易に交換できるもの

3 入浴補助用具

座位の保持，浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって，次のいずれかに該当するもの

- ① 入浴用椅子
- 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
- ③ 浴槽内椅子
浴槽内に置いて利用することができるもの
※踏み台としてのみの用途での購入は不可となります。
- 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
- 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
安全性の観点から，原則，浴室内全面敷き詰めです。
※すのこを購入した場合，「見積書」及び「図面または写真」を添付してください
- 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
- ⑦ 入浴用介助ベルト
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できるもの

4 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）であって，取水又は排水のために工事を伴わないもの

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

6 排泄予測支援装置

膀胱内の状態を感知し，尿量を推定するものであって，排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に通知するもの

排泄予測支援機器の購入時は，「医学的な所見がわかる書類」及び「確認調書」が必要です。

※「医学的な所見がわかる書類」は以下のいずれかの書類を御提出ください。

- (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がわかる書類
ケアプラン4表(要介護)またはE表別表(要支援)
- (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

※確認調書は，ホームページから様式をダウンロードしてお使いください。

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。便宜上設置や撤去，持ち運びができる可搬型のもの，取付けに際し工事を伴うものは除く

スロープ購入時は，理由欄などに設置場所や設置数を明記して頂き，「設置後の写真」もご提出ください。

8 歩行器

脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい，車輪・キャスターがついている歩行車は除く

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

※テクノエイド協会の福祉用具情報システムで商品を検索し，特定福祉用具販売の対象かどうかご確認ください。区分が「販売」となっている福祉用具は販売の対象です。

4 福祉用具購入費の支給限度基準額

支給限度基準額は、要介護度にかかわらず同一年度（4月1日から翌年3月31日まで）で10万円です。

福祉用具購入費は、1種目1回の支給に限られます。
ただし、次の場合には例外として再び支給されます。

- ① 既に購入した福祉用具が破損したとき
- ② 要介護者等の介護の必要の程度が著しく高くなったとき
- ③ 同一種目であっても、用途・機能が著しく異なるとき

【留意事項】

購入した福祉用具の属する年度は、代金を完済した日又は領収証の記載の日により決定します。

次の場合、支給限度額管理がいずれの年度において行われるかの例です

- ① 令和6年度内に福祉用具の引渡しを受け、代金を支払い、保険給付を請求した場合 《6年度》
- ② 令和6年度内に福祉用具の引渡しを受け、代金も支払ったが、保険給付の請求は次年度になった場合 《6年度》
- ③ 令和6年度内に福祉用具の引渡しを受け、令和7年度に代金を支払い、保険給付を請求した場合 《7年度》

利用者負担割合について

要支援・要介護認定を受けている方全員に「負担割合証」（うぐいす色）を発行しています。

福祉用具購入費における自己負担額も「負担割合証」に記載されている利用者負担割合によって変わりますので、領収や支払いの際には必ずご確認ください。
なお、負担割合の判定は領収書の領収日時点の負担割合を適用します。

5 同一種目用具の再購入

同一年度に同一種目を再購入する場合は、破損や要介護者の介護の必要の程度が著しく高くなった等の特別の事情がある場合です。必要性が認められなければ支給できません。再購入前に必ず市にご相談ください。申請の際には、申請書に再購入の理由や必要性を必ずご記入いただき、破損の状況がわかる写真をご提出いただきます再購入にいたった経緯や必要性を申請書にご記入頂き、破損状況の分かる写真をご提出ください。

※部品の交換が前提になっている福祉用具については、調布市が交換を必要と判断した場合に限り、部品のみの購入費も支給対象となります。

6 福祉用具購入費支給申請書の提出

要介護（支援）者は、福祉用具購入費の支給を受けようとするときは、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書」に次の書類を添付し、調布市の介護保険担当窓口へ提出します。

【添付書類】

- 1 領収証（コピー可。ただし、確認のために必ず原本も御持参ください）
名義は被保険者本人氏名とし、商品名の記載があるもの
- 2 購入した福祉用具のカタログ・パンフレット（コピーも可）
 - ※ 特注の場合、見積書（金額及び規格の記載のあるもの）及び図面、または、写真等の添付が必要となります。
 - ※ 本人死亡の場合、相続人代表者指定届出書の添付が必要となります。
 - ※ 償還払いで本人以外の口座に振込希望の場合、委任状の添付が必要となります。
 - ※ 排泄予測支援装置購入の場合は、以下の書類も必要です。
 - (1) 医学的な所見がわかる書類（注1）
 - (2) 確認調書（注2）

（注1）医学的な所見がわかる書類は以下のいずれかの書類を御提出ください。

- 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がわかる書類
ケアプラン4表(要介護の場合)またはE表別表(要支援)
- ③ 介護支援専門員等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

（注2）確認調書は、ホームページから様式をダウンロードしてお使いください

※ 福祉用具購入費の支給申請に係る書類は、[調布市ホームページ](#)⇒[申請書ダウンロード](#)⇒[福祉・介護保険](#)⇒[介護保険福祉用具購入費支給申請書](#)にあります。

7 福祉用具購入費支給申請書提出における注意事項

- ① 利用者が要介護認定を新規申請および変更申請中の場合、認定結果が出るまで申請は受付できません。
- ② 福祉用具購入は在宅サービスのため、利用者が病院に入院もしくは施設等へ入所している場合は、自宅へ戻られてからの購入及び申請となります。
- ③ 購入にあたっては、利用者は原則として、担当ケアマネジャーに相談し、担当ケアマネジャーがケアプランに位置づけたうえで、申請書の「福祉用具が必要な理由」を記入してください。なお、事業所の専門相談員又は、地域包括支援センターの相談員も記入することができます。
- ④ 領収日（代金を完済した日）の翌日を起算日とし、2年が経過しますと時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

例）領収日が令和元年5月25日の場合、翌日の令和元年5月26日が起算日となり、令和3年5月25日に時効により請求権消滅

8 申請書記入の際の注意事項

(1) 【介護被保険者証の確認】

被保険者氏名・被保険者番号・住所欄等は介護保険被保険者証に記載されているとおりにご記入ください。

(2) 【種目名，商品名の記入】

種目名，商品名共に記入漏れのないようご記入ください。

(3) 【介護保険負担割合証の確認】

利用者負担割合を必ずご確認ください。領収書日時点における負担割合が適用されます。

(4) 【福祉用具が必要な理由】

利用者の現在の身体状況，福祉用具を使用することでどう改善するか，という視点で記載してください。また，温水洗浄便座付，脱臭機能や自動ラップ機能付等の機能を付ける場合は，その機能を付ける理由も記載してください。

(記入例)

① 入浴用いす

認知症の進行による活動量の低下に伴い，下肢筋力が低下している。踏み込みが弱く，入浴時に立ち上がりがうまくできないが，高さ調節のできるいすを使うことにより，立ち上がりを容易にするため。

② 腰掛便座

左大腿骨頸部骨折の影響で下肢筋力が低下している。歩行が困難で付き添いが必要であるため，部屋に腰掛便座を置くことにより，夜間に自宅トイレまで歩かなくて良いようにするため。また，骨折に伴うADL低下により，自力で清潔を保つことができなくなっているため，衛生を保つためウォシュレットが必要である。

(5) 【申請者欄】

ご記入いただいた内容を訂正する場合は，二重線を引いて本人印による訂正印の押印をお願い致します。修正液・修正テープによる訂正はできませんのでご注意ください。

※申請日時点で本人が亡くなっている場合

申請者欄の住所・氏名は相続人の住所・氏名となります。

「相続人代表指定届出書」の添付が必要となります。なお，法定相続人が被相続人と別世帯の場合，続柄を証明するための戸籍謄本等の写し(コピー可)が必要です。相続人が明記された公正証書等がある場合そちらでも可能です。

書類が整わないと受付できません。不備が無いよう，提出前にご確認をお願いいたします。

9 福祉用具購入費支給申請書記入例

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書					
フリガナ	レイロウ シロウ		保険者番号	1 3 2 0 8 4	
被保険者名	令和 四郎		被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	
生年月日	大(昭)平 7年 7月 7日生		電話番号	()	
住所	調布市 小島町2丁目35番地1 わかめコーポ101				
購入商品名 種目名に丸 TAISコード	製造事業者名 指定販売店事業者番号	販売事業者名	購入金額	領収年月日	
標準便座 入浴補助用具・スロープ その他	○ X 工業	介護用品G&B株式会社	18,000 円	R2.9.15	
基準浴槽台 15-20 cm. TAISコード(12345 - 67890)					
標準便座 入浴補助用具・スロープ その他	○ X 工業	介護用品G&B株式会社	10,000 円	R2.9.15	
補高便座やすらぎ TAISコード(12345 - 67890)					
標準便座 入浴補助用具・スロープ その他	○ X 工業	介護用品G&B株式会社	80,000 円	R2.9.15	
らくらくすのこR. TAISコード()					
福祉用具が 必要な理由	記入者名 用品 太郎 (1) ケアマネジャー 2. 専門相談員				
個々の用具ごとに記載 してください	[浴槽台]加齢による下肢筋力低下のため、立ち上がりがうまくできない。浴槽台を使用することで、浴槽内での立ち上がりを容易にする。				
枠内に記載が困難な 場合は、裏面に 記載してください	[補高便座]加齢による下肢筋力低下に加え、便座が低いため、立ち座り動作に負担がある。補高便座を使用することで、立ち座りの補助を行う。				
	[すのこ]浴室出入口には、10cmほどの段差があり転倒の危険がある。浴室にすのこを敷くことで段差を解消し安全に移動できるようにする。				
調布市長 宛	上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書				
年 月 日	[申請者] 住所 調布市小島町2丁目35番地1 わかめコーポ				
	氏名 令和 四郎 (署名)				
注意	領収証、福祉用具の方ダログ（コピー可）を添付していただく。特注の場合、見積書や図面、写真等の添付が必要となる。領収金額が5万円以上の場合、収入印紙（200円）を貼付してください。				
口座振替 依頼欄	銀行名		支店名		
	めじろ		調布		
	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店・出張所 2 当座		
フリガナ		レイロウ シロウ			
口座名義人		令和 四郎			

押印は不要ですが、住所・氏名等が自書でない場合、(署名)欄にご署名ください。

<注>
訂正箇所がある場合は修正液・テープは使用せず、訂正箇所に二重線を引き、且つ押印又は引いた線の右端に申請者の署名をお願いします。
(例) 調布 三郎 花子
調布 三郎 花子

※本人名義以外の口座に振込を希望する場合は裏面の委任状が必要です。

領収書見本

領収年月日と申請書購入日は同日です。

被保険者本人のフルネーム

領収証

○年×月△日

調布 三郎 様

領収金額が5万円以上の場合は、収入
印紙（200円）と割印が必要です。

印紙

印

金額 ￥108,000

商品名 軽量浴槽台15-20cm, 補高便座やすらぎ, すのこR

上記金額正に領収いたしました。

商品が特定できるよう商品名を記入
種目名のみは不可

介護用品G&B株式会社

東京都調布市小島町1-1-1

TEL 042-481-7321

第 記入例【受領委任私】 (表)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任私用)

フリガナ	レイワ シロウ	保険者番号	1 3 2 0 8 4
被保険者氏名	令和 四郎	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
生年月日	大 昭 平 7年 7月 7日	電話番号	()

住 所 調布市 小島町 2丁目 35 番地 1 わかめコーポ101。

領収書の日付を記入。
購入月が異なる場合は、申請書を分けてください。

購入商品名 備品名に丸、TAISコード	製造事業者名 指定販売店事業者番号	販売事業者名 商品コード	商品ごと 合計購入金額
介護保険(入浴補助用具・スロープ その他) 入浴補助用具・スロープ シェワーチェアコンパクト折りたたみ R. TAISコード(12345 - 67890)	(株)〇×△	××株式会社	① 20,000 円
介護保険(入浴補助用具・スロープ その他) 入浴補助用具・スロープ 家具調ポータブルトイレX. TAISコード(00000 - 00000)	(株)〇×△	××株式会社	② 100,000 円
介護保険(入浴補助用具・スロープ その他)			③ 年 月 日

購入合計額が10万円を 超える場合は、 介護保険の対象となる 金額と、自費分込の金 額を()書きで記載。	100,000 (120,000) 円	自己負担額 購入金額から保険給付額 (1円未満の端数が、 発生した場合は切捨て) 控除した残額。	10,000 円 30,000 円 (利用者負担割合: 1割)
---	------------------------	--	---------------------------------------

必ず利用者の負担割合証を、
確認したうえでご記入ください。

記入者名 緑社 花子 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員)

福祉用具が
必要な理由
・購入用具ごとに記載。
・スロープ購入時は、
設置場所及び設置法を
明記。
・枠内に記載が困難な場
合は、別紙および裏面等

[入浴用いす]長期の入院による下肢筋力低下のため踏み込みが弱く、入浴時に立ち上がりがかたくできない。高さ調節のできるいすを使うことにより、立ち上がりを容易にするため。

[腰掛便座]長期の入院による下肢筋力低下により歩行困難で付き添いが必要。部屋に腰掛便座を置くことにより、夜間に自宅トイレまで歩く必要がなくなり、転倒も防止できる。また、ADL 低下により、自力で清潔を保つことができ保つためウォシュレット機能が必要である。

<注>
訂正箇所がある場合は修正液・テープは使用せず、
訂正箇所に二重線を引き、且つ押印又は、
引いた線の右端に申請者の署名をお願いします。
(例) 調布 三郎 花子
調布 三郎 花子

介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。
福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。

【申請者】 住 所 調布市小島町 2丁目 35 番地 1 わかめコーポ101
氏 名 令和 四郎 (署名) 令和四郎
(連絡先) 042(481)7111

【受任者】 登録番号 調福26-01
所在地 調布市小島町1丁目1番地1
事業所名 介護用品G&B株式会社
代表者名 介護 介慈
電話番号 042-481-7321

住所・氏名等が自書でない場合、
(署名)欄にご署名ください。

注意 領収書、購入商品のカタログ(コピー可)を添付してください。

(裏)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行名	支店名	預金種目	口座番号						
	東京調布 銀行・信用金庫 農協・信用組合	調布駅前 本店 支店・出張所	1 普通 2 当座	0	0	1	2	3	4	5
	フリガナ	トウキョウ イチロウ	フリガナを必ず ご記入ください。							
	口座名義人									

※調布市記入欄

区分	保険料納付状況	保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考
1 一般	未納保険料 有 ・ 無				
2 支払方法の変更	滞納保険料				
3 給付額減額	有 ・ 無				

領収書記載例

被保険者本人の フルネーム	受領委任払いの場合は、 <u>自己負担額</u>	申請書記載の領収年月と同日
<u>令和 四郎 様</u>	領収金額が5万円以上の場合は 収入印紙(200円)と割り印が必要	〇年×月△日
金額 <u>¥50,000</u>	印紙	
内訳： <u>利用者負担額 10,000円，自費分 20,000円</u>	印	
商品名 <u>シャワーチェアコンパクトおりたたみR，家具調ポータブルトイレX</u>		
上記金額正に領収いたしました。		
介護用品G & B株式会社 東京都調布市小島町1-1-1 TEL 042-481-7321		

10 提出書類チェックシート

	書類名	チェック項目								
1	申請書	<p>(1) 償還払いの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 申請書は償還払い用である。 <input type="checkbox"/> 振込口座は被保険者本人のもの、又は、本人以外の口座に振込を希望する場合、委任状が添付されている。 また、委任状に押印漏れがない。 <input type="checkbox"/> 本人死亡の場合、申請者欄及び振込口座は相続人のもになっている。相続人代表者指定届出書を添付している。 <u>なお、法定相続人が被相続人と別世帯の場合、続柄を証明するための戸籍謄本等の写し(コピー可)が必要です。相続人が明記された公正証書等がある場合そちらでも可能です。</u> <p>(2) 受領委任払いの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 申請書は受領委任払い用である。 <input type="checkbox"/> 受任者は福祉用具購入費受領委任払い対象事業者として登録されている。 <input type="checkbox"/> 振込口座は事業者のものである。 <input type="checkbox"/> 本人死亡の場合、申請者欄は相続人のもになっている。また、相続人代表者指定届出書を添付している。 <u>なお、法定相続人が被相続人と別世帯の場合、償還払いと同じ取扱いとする。</u> <p>(3) 共通事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指定事業者から購入している。 <input type="checkbox"/> 申請者欄の氏名は被保険者本人の氏名になっている(本人死亡の場合を除く)。また、介護保険被保険者証の記載どおりの漢字、フリガナで記載されている。 <input type="checkbox"/> 購入金額が正しい金額で記載されているか。 <p>【記入例①】 購入合計金額が10万円以下の時(例:1万円)</p> <table border="1" data-bbox="576 1265 1474 1368"> <tr> <td>購入合計額</td> <td>10,000円</td> <td>自己負担額</td> <td>1,000円 (利用者負担割合:1割)</td> </tr> </table> <p>【記入例②】 購入合計金額が10万円を超える時(例:12万円)</p> <table border="1" data-bbox="576 1444 1474 1541"> <tr> <td>購入合計額</td> <td>100,000 (120,000)円</td> <td>自己負担額</td> <td>10,000 (30,000)円 (利用者負担割合:1割)</td> </tr> </table> <p>※介護保険の対象となる金額と、自費分込の金額を()書きで記載して下さい。領収書にも、内訳として、利用者負担額と自費分がいくらかを記載して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ケアマネジャー等(担当ケアマネジャーがいない場合は、事業所の専門相談員、又は、地域包括支援センターの相談員により記入することも可能。また、居宅サービスを利用する予定がある場合、利用者状態を把握している契約予定のケアマネジャーによる記入も可)により、個々の用具ごとに「福祉用具が必要な理由」が明記されている。 <input type="checkbox"/> 口座欄の金融機関・店舗の最新の名称・口座番号・預金種目等に記入漏れがない。 <input type="checkbox"/> 記入漏れ・押印漏れ・記入誤りがない。 <p>※ <u>訂正箇所は必ず二重線により訂正し、訂正印を押印してください(修正液・修正テープ・捨印等不可)。</u></p>	購入合計額	10,000円	自己負担額	1,000円 (利用者負担割合:1割)	購入合計額	100,000 (120,000)円	自己負担額	10,000 (30,000)円 (利用者負担割合:1割)
購入合計額	10,000円	自己負担額	1,000円 (利用者負担割合:1割)							
購入合計額	100,000 (120,000)円	自己負担額	10,000 (30,000)円 (利用者負担割合:1割)							

	書類名	チェック項目
2	領収書 (コピー可)	<input type="checkbox"/> 領収書という名称がある。 <input type="checkbox"/> 領収金額が記載されている。 ※受領委任払いの場合、領収金額が対象用具の1割(又は2割, 3割)の <u>自己負担額</u> となっている。 なお、 <u>購入合計金額が10万円を超える時は、内訳として、利用者負担額と自費分がいくらかが記載がある。</u> <input type="checkbox"/> 申請書・カタログ等と同じ商品名の記載がある。 <input type="checkbox"/> 領収年月日(申請書購入日と同日)が記載されている。 <input type="checkbox"/> 宛名が被保険者本人のフルネームで記載されている。 <input type="checkbox"/> 発行者が記載されている。 <input type="checkbox"/> 領収金額が5万円以上の場合、収入印紙(200円)を貼付し、法人の代表者又はその代理人、使用人その他の従業者の印章又は署名で消されている。 <input type="checkbox"/> コピーの場合は 原本持参
3	カタログ・パンフレット (コピー可)	<input type="checkbox"/> 商品名・製造事業者名・サイズ・希望小売価格等の記載がある。 <input type="checkbox"/> 申請書・領収書に記載のある購入商品のカタログ・パンフレットである。
4	その他	<input type="checkbox"/> <u>すのこを購入した場合、「見積書」及び「図面または写真」の添付がある。</u> <input type="checkbox"/> 特注(オリジナル)の場合、「見積書」(金額及び規格の記載のあるもの)及び「図面または写真」等を添付している。 <input type="checkbox"/> <u>排泄予測支援機器を購入した場合は、「医学的な所見がわかる書類」及び「確認調書」の添付がある。</u> <input type="checkbox"/> <u>スロープを購入した場合、設置後の写真の添付がある。また、設置場所及び設置数の明記がある。</u>

1 1 訪問調査

介護給付の適正化の一環として、福祉用具を購入された方のお宅に訪問調査を行う場合があります。これは、介護保険法第117条第2項に市町村が取り組むべき施策として位置づけられており、適切なケアマネジメント等により利用者が真に必要なとするサービスを見極め、事業者に対しルールに従ってサービスを提供することを促しつつ、健全な財政を維持することで、介護保険制度の持続性を高めるものです。対象となる場合は連絡いたしますので、ご協力のほどお願いします。

1 2 受領委任払い

福祉用具購入費は、調布市と協定を締結した事業所の場合、一定の条件に合えば受領委任払い※の方法により支給することができます。

《受領委任払いの目的》

償還払いの方法に代えて、受領委任払いの方法により福祉用具購入費を支給することにより、在宅の要介護（支援）者の一時的な経済的負担の軽減を図り、要介護（支援）者の福祉を増進することを目的としています。

《条件》

次のいずれにも該当する場合に限りです。

- ① 介護保険料の滞納がないこと（給付制限の「支払方法の変更」を受けていないことも含む）
 - ② 事業者が受領委任払いの方法を利用することを承諾していること
- ※ 受領委任払いとは、市が要介護（支援）者に福祉用具購入費を支給するに当たり、当該要介護（支援）者がその受領に関する全ての権利を購入した事業者に委任した場合、市が当該事業者福祉用具購入費を支給する方法のことをいう。
- 償還払いの場合、対象購入費用の10割を事業者へ支払い、市から9割（又は8割、7割）の保険給付を受けることとなりますが、受領委任払いの場合、要介護（支援）者は、対象購入費用の1割（又は2割、3割）を事業者へ支払い、残りの9割（又は8割、7割）の保険給付は、市から直接事業者へ支給されることになるため、一時的な経済的負担が軽減されることになる。

1 3 受領委任払いに係る事業者との協定及び登録について

1 登録の要件

- ① 事業者は、指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者である。
- ② 介護保険適用の福祉用具販売の実績がある。
- ③ 調布市が行う福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いについて同意し、その実施について協定を締結する。

2 登録申請の手順

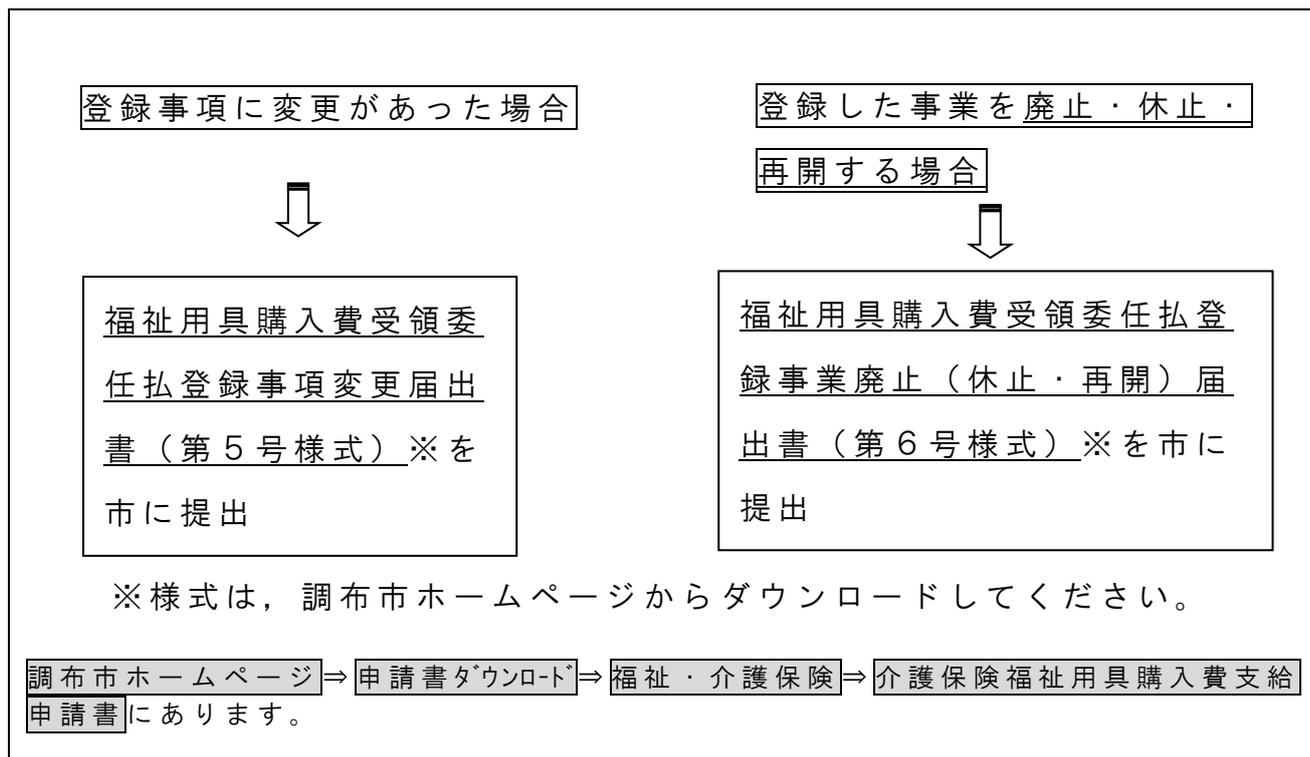
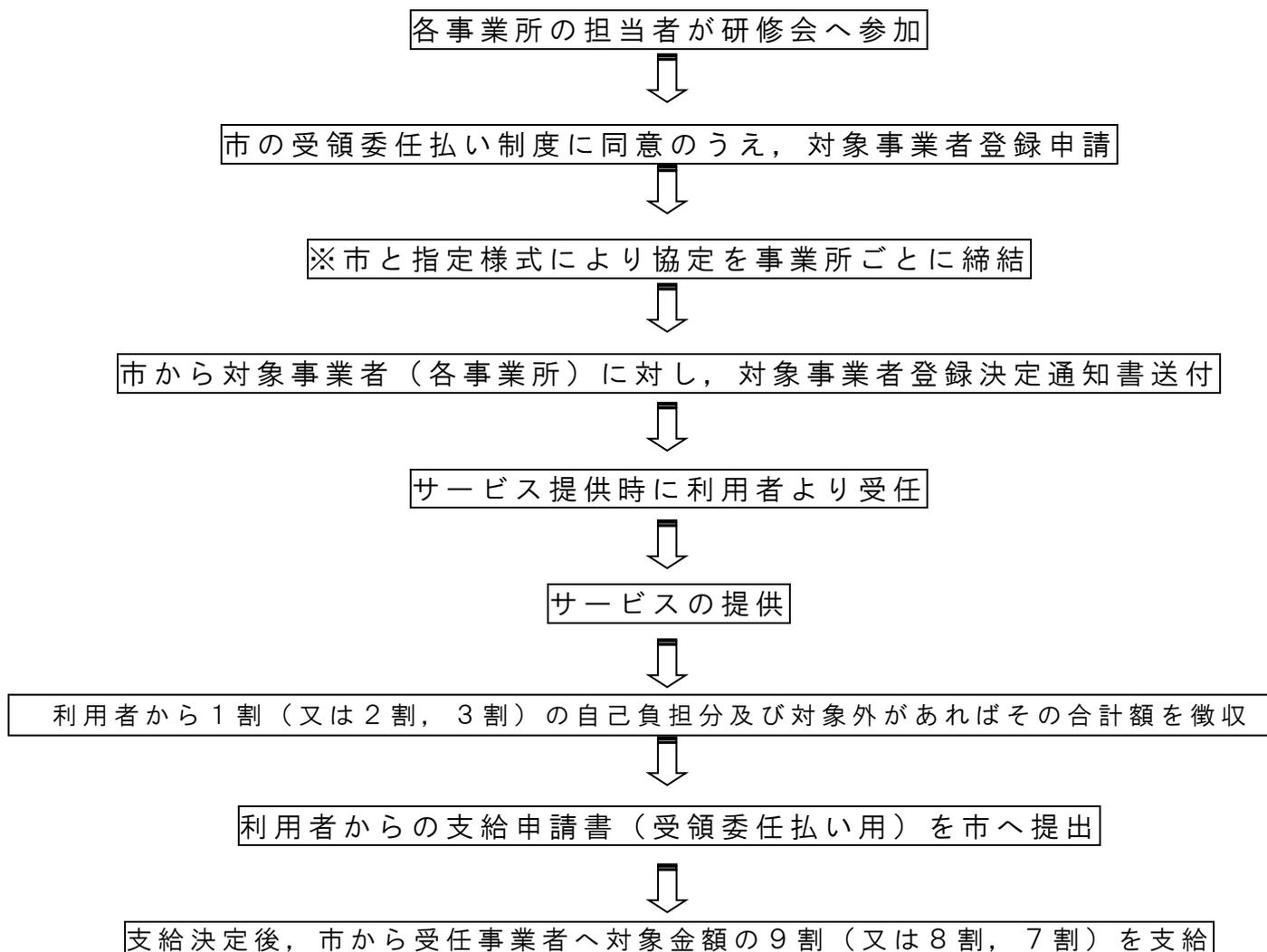
- ① 市が実施する介護保険福祉用具販売事業者研修会に参加します。
- ② 福祉用具購入費受領委任払対象事業者申請書（第2号様式）により、事業所ごとに登録の申請をします。
- ③ 介護保険福祉用具購入費受領委任払協定書（第1号様式）の内容を確認のうえ、市と事業者で協定を締結します。
- ④ 協定締結後、市は福祉用具購入費受領委任払対象事業者登録決定通知書（第3号様式）により登録事項を通知します。
- ⑤ 決定通知日より福祉用具購入費受領委任払い対象事業者として登録され、対象となる利用者から受領委任払いの依頼があった場合に、受任※することが可能になります。事業者は決定通知日以降、購入の委任業務を請け負うようお願いいたします。
- ⑥ 登録された事業者は福祉用具購入費受領委任払対象事業者として、ホームページその他で市民に周知します。
- ⑦ 保険給付の適正化並びに市民に周知するため、公平かつ公正な価格でのサービスの提供をお願いします。

※ 受任とは、事業所が受領委任払いの方法を利用することを承諾していること。

【留意事項】

- 協定を締結する際、協議が整わなかった場合は登録を却下します。
- 福祉用具購入費支給申請の内容について、登録事業者の責に帰すべき理由により事実と異なるものがあると認められた場合は協定を解除し、登録を抹消します。
- 登録事項に変更があった場合、登録した事業を廃止した場合もしくは休止・再開する場合はそれぞれ指定様式により市への届出が必要となります。

1 4 受領委任払い制度利用の流れ



お問い合わせ先
調布市福祉健康部高齢者支援室介護給付係
電話 042-481-7321

『福祉用具購入費の支給について』

発行日 令和7年2月
発行 調布市
編集 福祉健康部高齢者支援室介護給付係
〒182-8511 調布市小島町2丁目35番地1
電話 042-481-7321
印刷 庁内印刷
