

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4年6月

調布市福祉健康部高齢者支援室

目次

ページ

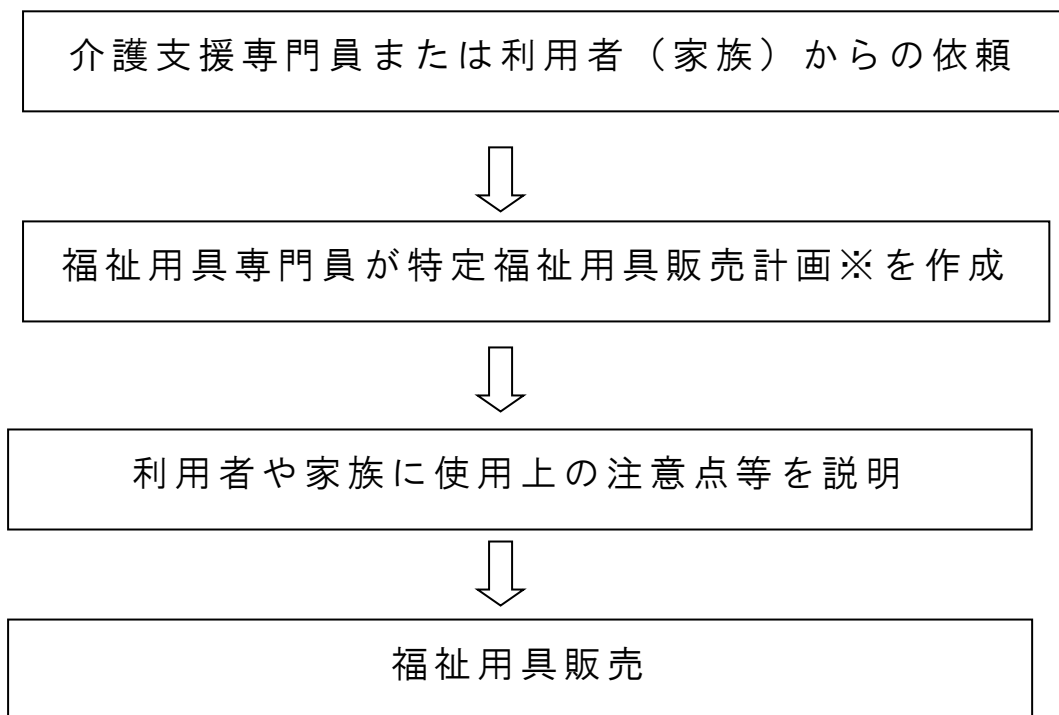
| | | |
|----|--------------------------|-------|
| 1 | 居宅介護（介護予防）福祉用具販売とは | 1 |
| 2 | 販売までのプロセス | 1 |
| 3 | 福祉用具購入費の支給対象となる種目 | 2 |
| 4 | 福祉用具購入費の支給限度基準額 | 3 |
| 5 | 同一種目用具の再購入 | 3 |
| 6 | 福祉用具購入費支給申請書の提出 | 4 |
| 7 | 福祉用具購入費支給申請書提出における注意事項 | 4 |
| 8 | 申請書記入の際の注意事項 | 5 |
| 9 | 福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）記入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

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。
- 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」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。

※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。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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、支給限度額管理はいずれの年度において行われるか。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 平成29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 ≪29年度≫② 平成29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 ≪29年度≫③ 平成29年度内に福祉用具の引渡しを受け、平成30年度に代金を支払い、保険給付を請求した場合 ≪30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。再購入前には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。また、同一年度ではない場合につきましても、再購入にいたった経緯や必要性を申請書にご記入ください。

※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（コピーも可。ただし、確認のために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

（2）確認調書

（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

（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、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相談員が記入してください。
- 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，ウオシュレット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

加齢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

加齢による下肢筋力低下により歩行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，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，衛生を保つためウオシュレットが必要である。

(5) 【申請者欄】

本人印の押印漏れがないか申請前にご確認ください。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・押印となります。
「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

記入例【償還払】

| 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 | チョウフ サブロウ | | | | | 保険者番号 | 1 3 2 0 8 4 | | | | |
| 被保険者名 | 調布 三郎 | | | | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 2 3 4 5 6 |
| 生年月日 | 明・ 大 ・昭 8年 8月 8日生 | | | | | 電話番号 | 0 4 2 (4 8 1) 7 1 1 1 | | | | |
| 住 所 | 〒 1 8 2 - 8 5 1 1 調布市 小島町 2丁目 3 5 番地 1 若芽荘 101 | | | | | 名前、住所、生年月日、被保番は被保険者証に記載されているものと同じであること。 | | | | | |
| 福祉用具 種目名 | 製造事業者名 | | | 販売事業者名 | | | 購入金額 | | 購入日 | | |
| 商品名 | 指定販売店事業者番号 | | | | | | | | | | |
| 入浴補助用具（浴槽台） 軽量浴槽台 15-20 cm (TAISコード：123-456) | ○×工業 | | | 介護用品G&B株式会社 | | | 18,000円 | | R 2 . 9 . 1 5 | | |
| 腰掛便座 補高便座やすらぎ (TAISコード：123-456) | テクノエイド協会 で販売マークがついている | | | | | | 10,000円 | | R 2 . 9 . 1 5 | | |
| 入浴補助用具（すのこ） すのこ R (TAISコード：123-456) | 商品が対象です。 | | | | | | 80,000円 | | R 2 . 9 . 1 5 | | |
| 福祉用具が必要な理由 | <p>記入者名 用品 太郎 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員)</p> <p>[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。</p> <p>[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。</p> <p>[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。</p> | | | | | | | | | | |
| 調布市長 あて 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。 年 月 日 住 所 調布市小島町2丁目35番地1 若芽荘101 【申請者】 氏 名 調布 三郎 (連絡先) 介護用品G&B株式会社 用品 太郎 (電話番号) 042-481-7321 | | | | | | | | | | | |

注意 領収証、福祉用具のカタログ（コピー可）を添付してください。
 特注の場合、見積書や図面、写真等の添付が必要となります。
 「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。

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 | | | | | | |
|---------|-------|-----------|------|------|--|--|--|--|--|--|
| | 調布 | 調布駅前 | 1 普通 | | | | | | | |
| | | | 2 当座 | | | | | | | |
| | フリガナ | チョウフ サブロウ | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | 調布 三郎 | | | | | | | | |

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

2020年9月15日

調布 三郎 様

領収金額が5万円以上の場合は、収入

印紙

印紙（200円）と割印が必要です。

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。

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

記入例【受領委任払】

第7号様式（第8関係）（表）

名前，住所，生年月日，被保番は被保険者証に記載されているものと同一であること。

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------|-------------|--|--------------------------------------|------------------|
| フリガナ | レイワ シロウ | | | | 1 3 2 0 8 4 | |
| 被保険者氏名 | 令和 四郎 | | 被 | 音 | 番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 7年 7月 7日 | | 話 | 番号 0 4 2 (4 8 1) 7 1 1 1 | | |
| 住所 | 〒 1 8 2 - 8 5 1 1 調布市 小島町 2 丁目 3 5 番地 1 わかめコーポ 1 0 1 | | | | | |
| 福祉用具 | 種目名 | 製造事業者名 | 販売事業 | 購入日は領収書の日付としてください。また、購入月が異なる場合は、申請書を分けて作成してください。 | | |
| | 商品名 | 指定販売店事業者番号 | | | | |
| 入浴補助用具（入浴用いす） シャワーチェアコンパクト おりたたみR (TAISコード:123-456) | (株)クレオバト | | 介護用品G&B株式会社 | | | 20,000円 R2.8.15 |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | | | | | |
| 腰掛便座 家具調ポータブルトイレX (TAISコード:123-456) | (株)アール | | 介護用品G&B株式会社 | | | 100,000円 R2.8.15 |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | | | | | |
| テクノエイド協会で販売マークがついている商品が対象です。 | | | | | | |
| 購入合計額 | 100,000円 (120,000)円 | | 自己負担額 | | 10,000円 (30,000)円 (利用者負担割合：1割) | |
| 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()書きで記載して下さい。 | | | | | | |
| 必要な理由 | <p>申請者名 用品 太郎 (1. ケアマネジャー ② 専門相談員)</p> <p>[入浴用いす] 加齢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方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。</p> <p>[腰掛便座] 加齢による下肢筋力低下により歩行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、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、衛生を保つためウオシュレットが必要である。</p> | | | | | |
| 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）福祉用具購入費の支給を申請します。また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。 | | | | | | |
| 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101 | | | | |
| | 氏名 | 令和 四郎 | | | | |
| (連絡先) | (電話番号) 0 4 2 (4 8 1) 7 1 1 1 | | | | | |
| 【受任者】 | 登録番号 | 調福 2 6 - 0 1 | | | | |
| | 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 | 0 4 2 - 4 8 1 - 7 3 2 1 | | | | |

※ 自己負担額は、対象となる用具の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には切捨て）を控除した残額となります。ただし、2つ以上の用具を購入した場合には、対象用具の購入金額の合計額から保険給付額（1円未満の端数は切捨て）を控除して自己負担額を算出します。

(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 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 | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|---|--------------------|
| 領収書見本 | 受領委任払いの場合は、 自己負担額 | 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 | |
| 令和 四郎 様 | 2020年8月15日 | |
| 金額 ￥30,000 | 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。 | |
| 内訳：利用者負担額 10,000円，自費分 20,000円 | 印紙 印 | |
| 商品名 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 | | |
| 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。なお、法定相続人が被相続人と別世帯の場合、<u>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="564 1274 1461 1375"> <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="564 1451 1461 1547"> <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、申請印（被保険者の印鑑）と同一の印により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。 |

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

福祉用具購入費は償還払いの方法で支給されることとなっておりますが、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※の方法により福祉用具購入費を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、市が当該事業者に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となるため、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

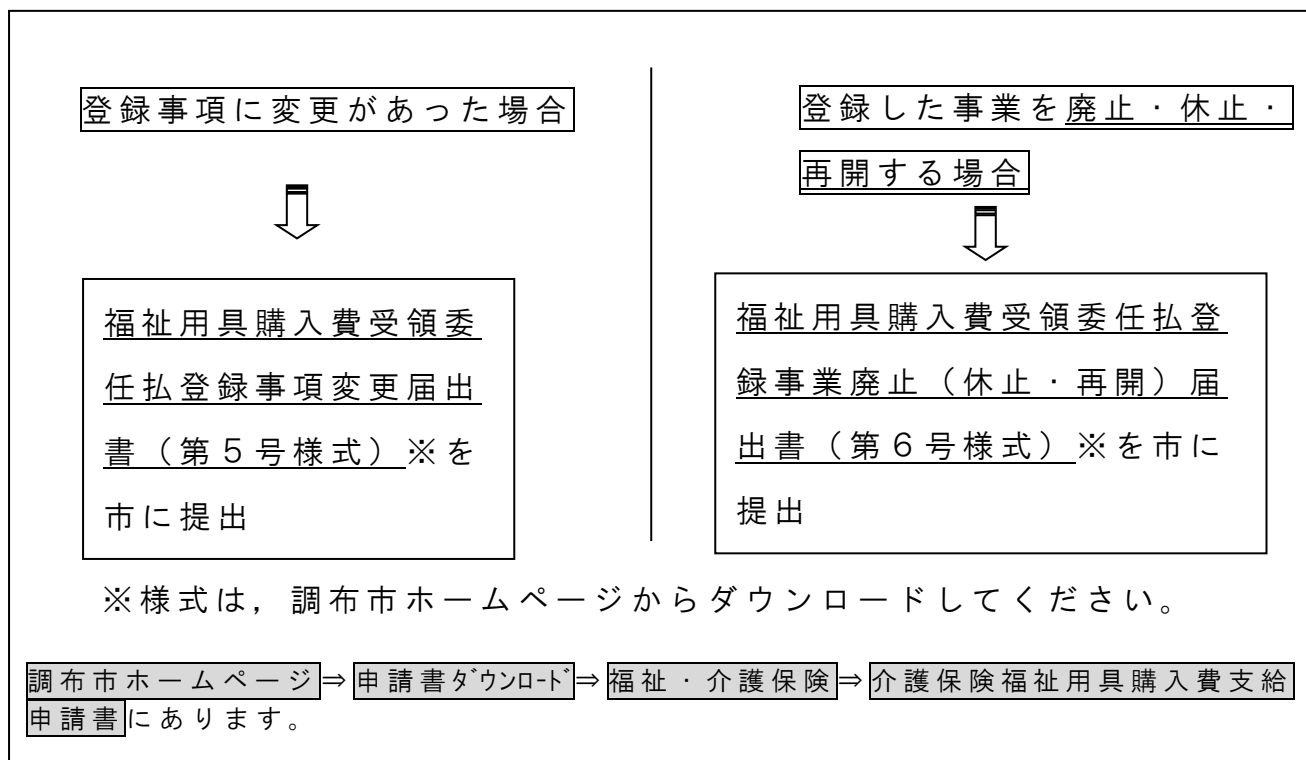
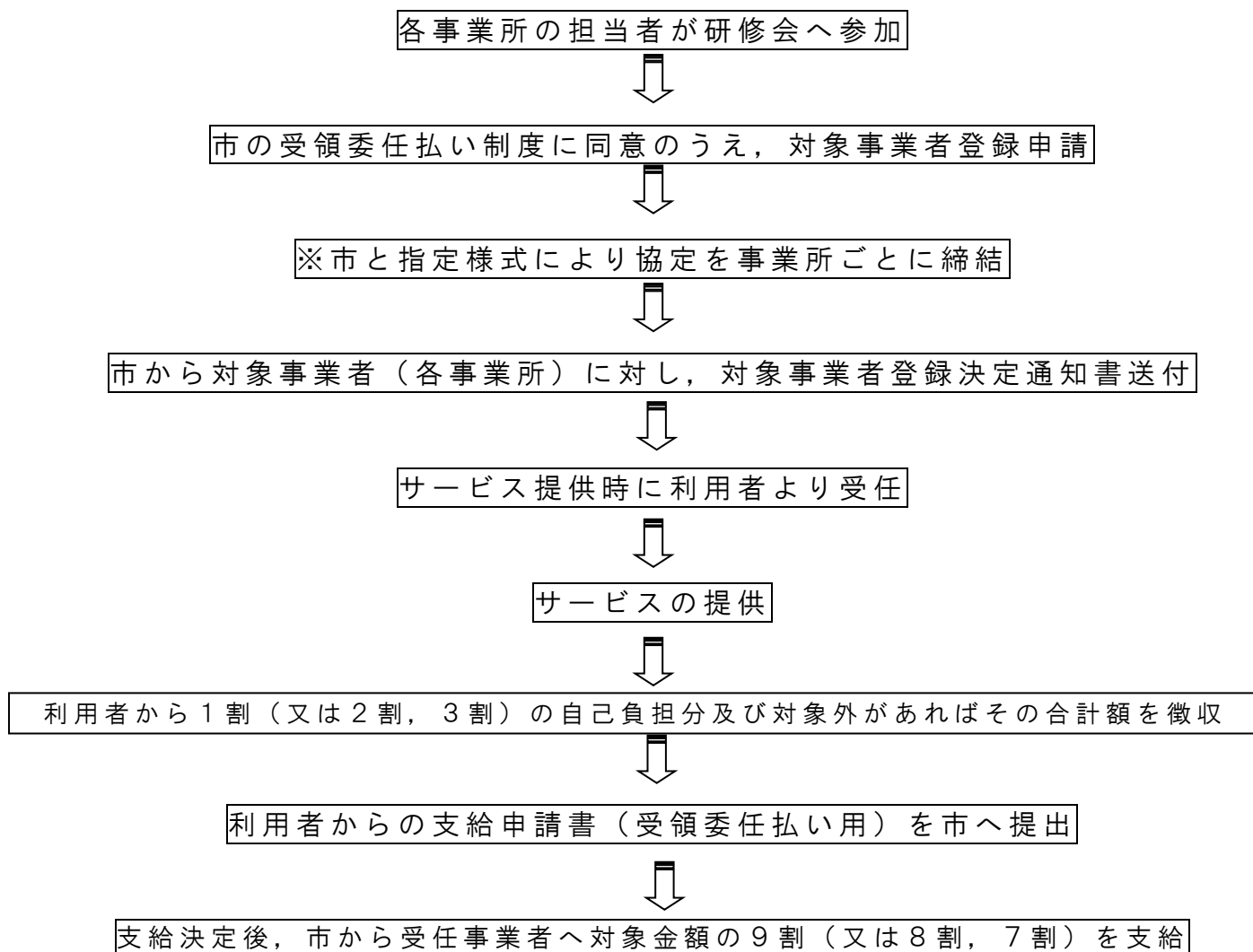
- ① 市が実施する介護保険福祉用具販売事業者研修会に参加します。
- ② 福祉用具購入費受領委任払対象事業者申請書（第2号様式）により、事業所ごとに登録の申請をします。
- ③ 介護保険福祉用具購入費受領委任払協定書（第1号様式）の内容を確認のうえ、市と事業者で協定を締結します。
- ④ 協定締結後、市は福祉用具購入費受領委任払対象事業者登録決定通知書（第3号様式）により登録事項を通知します。
- ⑤ 決定通知日より福祉用具購入費受領委任払い対象事業者として登録され、対象となる利用者から受領委任払いの依頼があった場合に、受任※することが可能になります。事業者は決定通知日以降、購入の委任業務を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いたします。

※ 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



お問合せ先
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2年9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
