

特定福祉用具販売申請について

羽曳野市 高齢福祉介護課

■ 目次

特定福祉用具販売 について	購入の流れ	P4・P5
	支給限度額について	P7
	支給要件について	P8～P12
	注意事項	P13～P15
福祉用具販売申請 について	申請書記入に関する諸注意	P17～P21
	領収証	P22～P26
	特定福祉用具購入費サービス実施 証明書	P27
	請求書	P28

■ 目次

その他	生活扶助申請書・請求書について	P29・P30
	申請に関する諸注意	P31・P32
	【参考】委任状について	P33
	【参考】福祉用具償還払い申請の流れ	P34

福祉用具購入の流れ

手順1

1. 事前申請

- ・介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任承認・支給申請書
- ・購入商品のカタログ(定価が記載されているもの)を提出

手順2

2. 承認決定

承認決定後被保険者宅へ「介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費承認(不承認)通知書」を発送

手順3

3. 購入

承認前に商品を購入した場合、保険給付対象外となります

福祉用具購入の流れ

手順4

4. 事後申請

- ・領収証(原本)及びコピー
- ・介護保険居宅介護(予防)特定福祉用具購入サービス実施証明書
- ・請求書(福祉用具購入用／市高齢福祉介護課請求分)を提出

【生活保護受給者の場合】

領収証ではなく「介護扶助居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書」と「請求書(福祉用具購入費)」(黄色)を提出

手順5

5. 支給

「介護保険償還払支給(不支給)決定通知書(受領委任)」を送付します

特定福祉用具販売について

【支給限度額】

単年度(4月から翌年3月)で10万円(商品代金／消費税込み)を上限に、その購入費の保険相当額を支給します

10万円を超過した額は自己負担になります

同一商品の購入は原則できません

但し、ロフ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もの、現在使用している福祉用具が破損、汚損等により使用できなくなった場合等はその限りではありません

再購入を検討される場合は高齢福祉介護課までご相談ください

※滞納等により給付制限を受けている方は受領委任払いを適用できません

給付制限内容は被保険者証に記載しています →P.14

【支給要件】

在宅の要介護・要支援者の日常生活の自立を助けるために必要な福祉用具であり、福祉用具の購入費の支給対象となる以下の種類であること

(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)
- 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)
但し、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

【支給要件】

(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

(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

専用ジェル等の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

※購入前に排泄予測支援機器確認調書の提出が必要です

【支給要件】

(4) 入浴補助用具

購入告示第四項各号に掲げる「入浴補助用具」は、それぞれ以下のとおりである

- ① 入浴用いす
座面の高さが概ね三十五センチメートル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 浴室用すのこ
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

【支給要件】

(4) 入浴補助用具

⑥ 浴槽内すのこ

浴槽の中に置いて浴槽の床面の高さを補うものに限る

⑦ 入浴用介助ベルト

居宅要介助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

購入告示第五項に規定する「空気式又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、居室においても必要があれば入浴が可能なものに限られる

【支給要件】

(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であること

(7) スロープ

貸与告示第八項に掲げる「スロープ」のうち、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

(8) 歩行器

貸与告示第九項に掲げる「歩行器」のうち、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・キャスターが付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

【注意事項】

1. 大阪府など、指定権者より指定を受けた業者が対象になります
2. 受領委任払いでの購入は事前申請の承認決定後にお願いします
3. 購入理由を詳しく記載してください
現在の身体の状態、どのような困難があり、用具を購入し使用することでどのように改善されるかを詳しく記載してください
4. 申請書に福祉用具の種目、製品名（詳細に）、製造業者を記入してください
5. 過去と同じ用具を購入する場合
同一用具を購入する理由と、破損・汚損のため再購入する場合は、破損・汚損箇所について日付入りの写真を一緒に添付してください

【注意事項】

6. 要介護(要支援)認定新規申請中の場合

福祉用具購入の支給申請は、原則要介護(要支援)認定が決定されてから可能となります

購入が急を要する場合は償還払いで購入できますが、要介護認定の結果が非該当となった場合は介護保険を使った給付はできませんので、全額自費となることを十分にご説明いただき、同意いただいた場合のみとしていただくようお願い致します

7. 給付制限について

給付制限期間中は受領委任払いでの申請はできません。

自己負担割合が変更となっている場合等もありますので、必ず介護保険被保険者証で給付制限事項を確認してください

給付制限(給付額の減額)の場合 1割・2割負担の方...3割
3割負担の方.....4割

【注意事項】

8. その他

事前申請後や承認決定後に申請を取り下げる場合や、購入商品が変更
(廃番等の理由に限る)となる場合は必ず高齢福祉介護課へご連絡ください

〒583－8585

大阪府羽曳野市誉田4丁目1番1号

羽曳野市役所 高齢福祉介護課

072－958－1111 (代表) (内線:1399・1371・1370)

072－947－3820 (TEL／直通)

072－950－2536 (FAX／直通)

特定福祉用具販売事前申請について

様式第20号

(委任払い用)

記入例

羽曳野市

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書

フリガナ	ハビキノ タケル		被保険者番号	
被保険者氏名	羽曳野 健		0 0 0 0 0 9 8 7 6 5	
生年月日	S △ 年 △ 月 △ 日生		要介護状態区分 要支援1 2・要介護1 (2) 3 4 5	
性別	(男)・女		認定有効期間 R△年 △月 △日～R△年 △月 △日	
住所	〒583-8585 羽曳野市菅田4丁目1-1 電話番号072-958-1111			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入(予定)日	
入浴補助用具 シャワーチェアおりたみ	おおさか(株) 福祉用具はびきの	24,300 円	年 月 日	
入浴補助用具	おおさか(株) 福祉用具はびきの	19,445 円	年 月 日	
2割負担の場合 介護保険支給額：34,996円 申請者負担額：8,749円		43,745 円	介護保険支給額	39,370 円
3割負担の場合 介護保険支給額：30,621円 申請者負担額：13,124円 介護保険支給分：小数点以下切り捨て 申請者負担額：小数点以下切り上げ		0 円	申請者負担額	4,375 円
福祉用具が必要な理由	身体状況や、それに伴って福祉用具が必要な理由と改善される動作、危険性を詳しく記入してください。		福祉用具専門 相談員氏名 菅田 花子	
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任することについての承認、及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について支給を受けたいので申請します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 住所 羽曳野市菅田4丁目1-1 申請者(被保険者) 氏名 羽曳野 健 電話番号 072-958-1111				
事業者の同意書 兼 口座振込依頼書 上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される上記被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する受領権については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては指定の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 所在地 羽曳野市南恵我之荘3丁目1 (事業者) 名称 福祉用具はびきの 代表者氏名 白鳥 太郎				

受領委任払登録申請時の住所・事業者名・代表者氏名
 ※登録内容に変更があった場合は別途変更登録申請が必要

※各項目の金額の訂正が発生した場合は、訂正印(申請者)を頂くか、申請書の差し替えをして頂く事になります。

■申請に関して

■ 本人署名欄は自署で記入すること(原本)

(困難な場合は代筆可)

■ 事業者の同意書兼口座振替依頼書欄は

◆ 受領委任払登録申請時の住所

◆ 事業者名

◆ 代表者名

を記入

商品名や購入金額等の費用部分がはっきりわかるように記入してください

様式第20号

(委任払い用)

記入例

羽曳野市

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書

フリガナ	ハビキノ タケル		被保険者番号	
被保険者氏名	羽曳野 健		0 0 0 0 0 9 8 7 6 5	
生年月日	S △ 年 △ 月 △ 日生		要介護状態区分 要支援1 2・要介護1 (2) 3 4 5	
性別	(男)・女		認定有効期間 R△年 △月 △日～R△年 △月 △日	
住所	〒583-8585 羽曳野市菅田4丁目1-1		電話番号072-958-1111	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入(予定)日	
入浴補助用具	おおさか(株)		年 月 日	
シャワーチェアおりたたみ	福祉用具はびきの	24,300 円	年 月 日	
入浴補助用具	おおさか(株)		年 月 日	
	福祉用具はびきの	19,445 円	年 月 日	
2割負担の場合 介護保険支給額：34,996円 申請者負担額：8,749円		43,745 円	介護保険支給額	39,370 円
3割負担の場合 介護保険支給額：30,621円 申請者負担額：13,124円		0 円	申請者負担額	4,375 円
介護保険支給分：小数点以下切り捨て 申請者負担額：小数点以下切り上げ				
福祉用具が必要な理由	身体状況や、それに伴って福祉用具が必要な理由と改善される動作、危険性を詳しく記入してください。		福祉用具専門 相談員氏名 菅田 花子	
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任することについての承認、及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について支給を受けたいので申請します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 住所 羽曳野市菅田4丁目1-1 申請者(被保険者) 氏名 羽曳野 健 電話番号 072-958-1111				
事業者の同意書 兼 口座振込依頼書 上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される上記被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては指定の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 所在地 羽曳野市南恵我之荘3丁目1 (事業者) 名称 福祉用具はびきの 代表者氏名 白鳥 太郎				

受領委任払登録申請時の住所・事業者名・代表者氏名
 ※登録内容に変更があった場合は別途変更登録申請が必要

■申請に関して

【福祉用具が必要な理由】

■利用者の身体状況、どのような困難があり、福祉用具を利用することで改善される動作・危険性を詳しく記入

通常、事前申請から7～14日程度で承認(不承認)通知書を被保険者宅に送付します

事前申請において提出された内容と購入内容に相違がある場合は、直ちに高齢福祉介護課へ連絡してください

※報告せず購入した場合給付できません

申請を取り下げる(購入の取りやめ)場合はご連絡ください

※各項目の金額の訂正が発生した場合は、訂正印(申請者)を頂くか、申請書の差し替えをして頂くことになります。

様式第20号
(委任払い用)

記入例

羽曳野市

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書

フリガナ	ハビキノ タケル		被保険者番号	
被保険者氏名	羽曳野 健		0 0 0 0 0 9 8 7 6 5	
生 年 月 日	S △ 年 △ 月 △ 日生		要介護状態区分 要支援 1 2 ・ 要介護 1 (2) 3 4 5	
性 別	(男) ・ 女		認定有効期間 R△年 △月 △日～R△年 △月 △日	
住 所	〒583-8585 羽曳野市菅田4丁目1-1		電話番号072-958-1111	
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 (予 定) 日	
入浴補助用具 シャワーチェアおりたみ	おおさか(株) 福祉用具はびきの	24,300 円	年 月 日	
入浴補助用具	おおさか(株) 福祉用具はびきの	19,445 円	年 月 日	
2割負担の場合 介護保険支給額：34,996円 申請者負担額：8,749円 3割負担の場合 介護保険支給額：30,621円 申請者負担額：13,124円 介護保険支給分：小数点以下切り捨て 申請者負担額：小数点以下切り上げ	43,745 円	介護保険支給額	39,370 円	
	0 円	申請者負担額	4,375 円	
福祉用具が 必要な理由	身体状況や、それに伴って福祉用具が必要な理由と改善 される動作、危険性を詳しく記入してください。		福祉用具専門 相談員氏名 菅田 花子	
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任することについての承認、及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について支給を受けたいので申請します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 住所 羽曳野市菅田4丁目1-1 申請者(被保険者) 氏名 羽曳野 健 電話番号 072-958-1111				
事業者の同意書 兼 口座振込依頼書				
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される上記被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては指定の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 所在地 羽曳野市南恵我之荘3丁目1 (事業者) 名称 福祉用具はびきの 代表者氏名 白鳥 太郎				
受領委任払登録申請時の住所・事業者名・代表者氏名 ※登録内容に変更があった場合は別途変更登録申請が必要				

※各項目の金額の訂正が発生した場合は、訂正印(申請者)を頂くか、申請書の差し替えをして頂くことになります。

■記入に関して

- 福祉用具名欄には

福祉用具種目
商品名

- 製造業者名および販売事業者名欄には

製造メーカー
販売事業者

の順で購入内容を記入すること

- 購入(予定)日は空欄

様式第20号
(委任払い用)

記入例

羽 曳 野 市

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書

フリガナ	ハビキノ タケル		被保険者番号	
被保険者氏名	羽曳野 健		0 0 0 0 0 9 8 7 6 5	
生 年 月 日	S △ 年 △ 月 △ 日生		要介護状態区分 要支援 1 2 ・ 要介護 1 (2) 3 4 5	
性 別	(男) ・ 女		認定有効期間 R△年 △月 △日～R△年 △月 △日	
住 所	〒583-8585 羽曳野市誉田4丁目1-1		電話番号072-958-1111	
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購入（予定）日	
入浴補助用具 シャワーチェアおりたみ	おおさか（株） 福祉用具はびきの	24,300 円	年 月 日	
入浴補助用具	おおさか（株） 福祉用具はびきの	19,445 円	年 月 日	
2割負担の場合 介護保険支給額：34,996円 申請者負担額：8,749円 3割負担の場合 介護保険支給額：30,621円 申請者負担額：13,124円 介護保険支給分：小数点以下切り捨て 申請者負担額：小数点以下切り上げ		43,745 円	介護保険支給額	39,370 円
		0 円	申請者負担額	4,375 円
福祉用具が 必要な理由	身体状況や、それに伴って福祉用具が必要な理由と改善 される動作、危険性を詳しく記入してください。		福祉用具専門 相談員氏名 誉田 花子	
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される介護保険居宅介護（介護予 防）福祉用具購入費に係る支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任すること についての承認、及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について支給を受けたいので申 請します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 住所 羽曳野市誉田4丁目1-1 申請者（被保険者）氏名 羽曳野 健 電話番号 072-958-1111				
事業者の同意書 兼 口座振込依頼書 上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される上記被保険者に係る居宅介 護（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する受領権限については、私が被保険者からの 委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては指定の金融機関に口座 振替払いをしてくださるよう依頼します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 所在地 羽曳野市南恵我之荘3丁目1 (事業者) 名称 福祉用具はびきの 代表者氏名 白鳥 太郎				

受領委任払登録申請時の住所・事
業者名・代表者氏名
※登録内容に変更があった場合は
別途変更登録申請が必要

※各項目の金額の訂正が発生した場合は、訂正印(申請者)を頂くか、申請書の差し替えをして頂くことになります。

■記入に関して

- 購入金額合計：複数購入する場合は合計
 - 今年度既申請額：同一年度内に他商品の購入歴があれば記入
 - 介護保険支給額：9割ないし8割、7割の額
 - 申請者負担額：1割ないし2割、3割の額
- ※支給超過分は自己負担額に含む

様式第20号
(委任払い用)

羽 曳 野 市

記入例

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書

フリガナ	ハビキノ タケル		被保険者番号									
被保険者氏名	羽曳野 健		0 0 0 0 0 9 8 7 6 5									
生 年 月 日	S △ 年 △ 月 △ 日生		要介護状態区分 要支援 1 2 ・ 要介護 1 (2) 3 4 5									
性 別	(男) ・ 女		認定有効期間 R△年 △月 △日～R△年 △月 △日									
住 所	〒583-8585 羽曳野市菅田4丁目1-1 電話番号072-958-1111											
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購入(予定)日									
入浴補助用具 シャワーチェアおりたみ	おおさか(株) 福祉用具はびきの	24,300 円	年 月 日									
入浴補助用具	おおさか(株) 福祉用具はびきの	19,445 円	年 月 日									
2割負担の場合 介護保険支給額：34,996円 申請者負担額：8,749円		介護保険支給額		39,370 円								
3割負担の場合 介護保険支給額：30,621円 申請者負担額：13,124円 介護保険支給分：小数点以下切り捨て 申請者負担額：小数点以下切り上げ		43,745 円		申請者負担額								
福祉用具が 必要な理由		身体状況や、それに伴って福祉用具が必要な理由と改善 される動作、危険性を詳しく記入してください。		福祉用具専門 相談員氏名								
				菅田 花子								
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任することについての承認、及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について支給を受けたいので申請します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 住所 羽曳野市菅田4丁目1-1 申請者(被保険者) 氏名 羽曳野 健 電話番号 072-958-1111												
事業者の同意書 兼 口座振込依頼書												
上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される上記被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する受領権については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては指定の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。 羽曳野市長 様 R △ 年 △ 月 △ 日 所在地 羽曳野市南恵我之荘3丁目1 (事業者) 名称 福祉用具はびきの 代表者氏名 白鳥 太郎												

受領委任払登録申請時の住所・事業者名・代表者氏名
 ※登録内容に変更があった場合は別途変更登録申請が必要

※各項目の金額の訂正が発生した場合は、訂正印(申請者)を頂くか、申請書の差し替えをして頂く事になります。

■被保険者負担額

■購入費用合計：43,745円の場合

1割負担対象者

支給額：39,370円

負担額：4,375円

2割負担対象者

支給額：34,996円

負担額：8,749円

3割負担対象者

支給額：30,621円

負担額：13,124円

介護保険支給分：小数点以下切り捨て

申請者負担額：小数点以下切り上げ

特定福祉用具販売事後申請について

■領収証

被保険者のフルネームを記入（上様、苗字のみ、家族名義等不可）

原本を必ず提示すること（確認後返却します）

領収証のコピーも添付すること ※白黒可

生活保護受給者の場合は「介護扶助居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書」と「請求書（福祉用具購入費）」にて請求をおこなうこと

※「介護扶助居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書」と「請求書（福祉用具購入費）」どちらも提出が必要です

必要な場合は高齢福祉介護課窓口にてお申し出ください

「介護扶助居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書」と「請求書（福祉用具購入費）」は生活福祉課ではなく高齢福祉介護課へ購入後申請書類と同時に提出してください

受領委任払いの場合

●福祉用具購入費合計43,745円（支給限度額100,000円の場合）

被保険者のフルネーム 羽曳野 健 様		領収書 令和 ○年 △月 □日	
金 額	¥ 4, 3 7 5 -		
但し、特定福祉用具購入費（1割分）とし シャワーチェアおりたたみ、浴槽台コンパクト			
収入 印紙	5万円以上の場合	自己負担分を記入 整数とならない場合は切り上げ $43,745 \times 0.1 = 4,374.5$ $= 4,375$	販売事業者住所 販売事業者名
印			印

【補足】償還払いの場合

●福祉用具購入費合計43,745円（支給限度額100,000円の場合）

被保険者のフルネーム 羽曳野 健 様		領収書 令和 ○年 △月 □日	
金 額	¥ 4 3, 7 4 5 -		
但し、特定福祉用具購入費（10割分）として シャワーチェアおりたたみ、浴槽台コンパクト			
収入 印紙	5万円以上の場合	販売事業者住所 販売事業者名	
印			印

受領委任払い

自己負担額1割の場合

購入費用合計:43,745円

本人負担額: 4,375円

※ $43,745 \times 0.1 = 4,374.5$ (小数点以下切り上げ)
 $= 4,375$

【参考】償還払い申請の場合

購入費用合計:43,745円

領収金額は10割となるため43,745円を
領収

高齢福祉介護課への請求額(9割)が
39,370円となる

2 割負担の場合

●福祉用具購入費合計 43,745 円（支給限度額 100,000 円の場合）

被保険者のフルネーム 羽曳野 健 様		領収書 令和 ○年 △月 □日	
金 額	¥ 8, 7 4 9 -		
但し、特定福祉用具購入費（2 割分）として シャワーチェアおりたたみ、浴槽台コンパクト			
収入 印紙 印	5 万円以上の場合	販売事業者住所 販売事業者名	印

自己負担分を記入
整数とならない場合は切り上げ
 $43,745 \times 0.2 = 8,749$

■自己負担額2割の場合

購入費用合計: 43,745 円

本人負担額: 8,749 円

※ $43,745 \times 0.2 = 8,749$

3 割負担の場合

●福祉用具購入費合計 43,745 円（支給限度額 100,000 円の場合）

被保険者のフルネーム 羽曳野 健 様		領収書 令和 ○年 △月 □日	
金 額	¥ 1 3, 1 2 4 -		
但し、特定福祉用具購入費（3 割分）として シャワーチェアおりたたみ、浴槽台コンパクト			
収入 印紙 印	5 万円以上の場合	販売事業者住所 販売事業者名	印

自己負担分を記入
整数とならない場合は切り上げ
 $43,745 \times 0.3 = 13,123.5$
 $= 13,124$

■自己負担額3割の場合

購入費用合計: 43,745 円

本人負担額: 13,124 円

※ $43,745 \times 0.3 = 13,123.5$ (小数点以下切り上げ)
 $= 13,124$

購入金額が超過する場合

■ 支給限度額が100,000円の場合

支給限度額内での自己負担額＋10万円超過分を領収

■ 同一年度内に購入歴があり、かつ購入代金が 給付額を超過する場合

例) 商品代金：89,000円

支給限度額残：70,000円

支給限度額超過分＋(支給限度額×自己負担
割合)＝本人負担額

※支給限度額超過分：商品代金－支給限度残金の差額

【1割】19,000円＋ 7,000円＝26,000円

【2割】19,000円＋14,000円＝33,000円

【3割】19,000円＋21,000円＝40,000円

同一の購入金額が10万円を超過している場合

商品代金合計が110,000円

被保険者のフルネーム 羽曳野 健 様		令和 ○年
金額	¥20,000-	
但し、介護保険特定福祉用具購入費（○割分） シャワーチェアおりたたみ、ポータブルトイレひじ掛けはねあげ		
収入 印紙	5万円以上の場合	販売事業者住所 販売事業者名

100,000円超過分：10,000円
＋
自己負担分1割：10,000円＝20,000円
2割：20,000円＝30,000円
3割：30,000円＝40,000円

同一年度に購入歴がある場合

商品購入代金合計89,000円（支給限度額70,000円の場合）

本人負担額：支給限度額との差額＋支給限度額内の負担割合分

被保険者のフルネーム 羽曳野 健 様		令和 ○年
金額	¥26,000-	
但し、介護保険特定福祉用具購入費（○割分） ポータブルトイレひじ掛けはね上げ		
収入 印紙	5万円以上の場合	販売事業者住所 販売事業者名

(89,000円－70,000円)＋(70,000円×負担割合)
＝19,000円
↓
自己負担分1割：70,000円×0.1＝7,000円
2割：70,000円×0.2＝14,000円
3割：70,000円×0.3＝21,000円

自己負担 計：1割： 26,000円
2割： 33,000円
3割： 40,000円 を領収

介護保険居宅介護（予防）特定福祉用具購入費サービス実施証明書

羽曳野市長 様

商品を購入した日にち
を記入してください。

購入日

△ 年 △ 月 △ 日

____年 ____月 ____日付けで提出しました介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払承認申請書、介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書のとおり、引渡しが完了しましたので届出します。

（届出日） ____年 ____月 ____日

被保険者氏名等

被保険者番号

0 0 0 0 0 9 8 7 6 5

住 所

氏 名

申請者本人の住所、氏名と印鑑を押印してください。

印

サービス（販売）事業者

住 所

氏 名

販売事業者の住所、名称、事業所の印を押印してください。

印

この書面と同時に提出必要なもの

- ①領収書（原本／利用者負担分）
- ②請求書

■特定福祉用具購入費サービス実施証明書

■ 購入日を記入

■ 中段の日付欄は空欄で提出可

提出日：事前申請日

届出日：事後申請日

■ 被保険者氏名等→住所・氏名・認印

■ サービス（販売）事業者→住所、名称、

■ 事業所の印

■ 請求書について

- 被保険者自己負担分を除いた7割ないし8割、9割の額を記入
- 給付対象額(10万円)には利用者負担額が含まれるため、**購入費全額の支給は不可**
- **訂正印等での訂正は一切不可**
- 介護保険支給分：小数点以下切り捨て
- 受領委任払登録時に申請した「住所」、「社名」、「代表者名」、「社印」、「代表者印」を記入・押印
- 右上「年月日」欄は必ず空欄で提出
- なお、請求者と口座名義が異なる場合は委任状が必要(高齢福祉介護課に用意しています)

※生活保護受給者の申請の場合も提出が必要です

請求書 (福祉用具購入費用)

記入例

年月日は必ず空欄で提出してください！

販売事業者の住所、社名、代表者名、社印、代表者印(受領委任登録時に申請したもの)を記入、押印してください。

住所

氏名

印

7割ないし8割、9割の額を記入してください。
※給付対象額(10万円)には利用者負担分が含まれます。そのため、購入費用全額の支給はできません。**※訂正印不可**
介護保険支給分：小数点以下切り捨て
申請者負担額：小数点以下切り上げ

※(1)金額はアラビア数字で記入の上額に¥をつけて下さい。
(2)金額欄の誤りや訂正印による訂正は一切認められません。
(3)法人、株式会社の請求は社印及び代表者印が必要です。

下記のとおりに請求いたします。

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費

年 月 日支給申請

様に係る福祉用具購入費

備考 事前申請日(空欄での提出可)
被保険者氏名

整理番号	検収者印
------	------

介護扶助居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書 No.

フリガナ	ハビキノ タケル	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 8 7 6 5
被保険者氏名	羽曳野 健	受給者番号	
生年月日	大・昭 △ 年 △ 月 △ 日生	要介護状態区分	要支援 ・ (要介護度 2)
住 所	羽曳野市菅田4-1-1 電話番号 072-958-1111		
購 入 日	製造・販売事業者名	福祉用具名(種目及び商品名)	購 入 金 額
△年 △月 △日	おおさか(株) 福祉用具販売はびきの	入浴補助用具 シャワーチェアおりたみ	24,300 円
△年 △月 △日	おおさか(株) 福祉用具販売はびきの	入浴補助用具 浴槽台コンパクト	19,445 円
年 月 日			円

福祉用具が必要な理由

介護保険支給申請書に記載の内容(身体状況や、それに伴って福祉用具が必要な理由と改善される動作、危険性を詳しく)記入してください。

購入金額合計	43,745 円	備 考
介護保険支給額	39,370 円	
介護扶助支給額	4,375 円	

羽曳野市福祉事務所長 様

上記のとおり福祉用具購入費の支給を申請します。

△ 年 △ 月 △ 日
申請者 住所 羽曳野市菅田4-1-1
氏名 羽曳野 健

申請者の印鑑を
押印してください

印

- ☒ 介護扶助による支給額を事業者に
直接支払い
☐ 立替払いの後、生活保護より還付

【必要書類】

○介護保険より交付される、介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給決定通知の写し

○事業者からの 介護扶助相当分の請求書(市の指定様式)

口座振込記入欄

銀 行 名			
支 店 名			
口 座 種 別	1. 普通預金	2. 当座預金	3. その他
口 座 番 号			
口 座 名 義 カ ナ			
漢 字			

口座等、必要事項を記入してください。
後日、生活福祉課より、記入の口座へ1割(本人負担分)が支給されます。

生活扶助申請書・請求書(黄色)

- 購入日
- 購入金額合計: 10割の金額
- 介護保険支給額: 9割の金額
- 介護扶助支給額: 1割の金額
- 申請者欄: 被保険者の住所、氏名、印鑑(認印可)
- 口座振込記入欄: 受領委任払いの場合は施工業者の口座を記入

■諸注意

承認(不承認)決定通知を確認の上で販売を行うこと

承認前に購入をした場合給付対象となりません

通常、1週間～10日程度で被保険者宅へ結果を通知します

※被保険者が承認決定通知の確認が困難な場合は高齢福祉介護課へお問い合わせください

購入取りやめ等の申請時から内容が変更となった場合は、高齢福祉介護課へ報告してください

※報告せず購入内容を変更した場合給付できません

事後申請時、承認決定通知の添付は不要です

支給決定後、支給決定額、振込日等を記載して支給決定通知を送付します

■諸注意

申請書を提出していただいたその場で申請内容の詳細な確認をさせていただきます。

介護給付費適正化のため以下についてご理解、ご協力をお願いいたします

- ◆9時30分～16時30分の間での申請にご協力下さい
- ◆12時～12時45分の間は担当者不在の場合があります

以下申請書は羽曳野市公式Webサイトからダウンロード可能です

- 介護保険居宅介護(予防)特定福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書
- 介護保険居宅介護(予防)特定福祉用具購入費サービス実施証明書
- 請求書(福祉用具購入費用)

※但し、「生活扶助居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書」、
「生活扶助申請用の請求書(福祉用具購入費)」、及び「福祉用具購入内容に関する変更届」は
Webサイトに掲載していません

記入例

この委任状は事前申請手続きを代理で行うことに関しての委任状ではありません
償還払いを希望する際に振込口座を本人以外の家族へ変更するためのものです（償還払い時、委任状を以て事業所への振込とする事は不可）

任 状

年 月 日

(受任者) 住 所

入金を希望する振込口座名義の方

氏 名

私は、上記のものを代理人として、下記の事項に関する権限を委任します

(委任事項)

申請を行ったどちらかに○印
※複数件申請を行っていても申請一件に対してそれぞれ委任状が必要

介護保険給付費（住宅改修費・福祉用具購入費）の受領

(委任者) 住 所

介護保険を利用して住宅改修・福祉用具購入を希望される方

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

■ 委任状について

■ 販売業者が代理で受領委任払申請書類の提出を行うことに対して委任状は不要です

■ 償還払いにて申請を希望する場合に、支給時振込口座を本人ではなく家族の口座に変更する場合提出が必要です

その為、償還払いにて申請をおこない、委任状を以て購入する事業者の口座へ介護保険支給分を振込とすることは不可となります

参考

【償還払い】福祉用具購入の流れ

手順
1

1. 購入
福祉用具専門相談員や介護支援専門員(ケアマネ)に相談し選定

手順
2

2. 償還払い申請
 - ・介護保険居宅介護(予防支援)福祉用具購入費支給申請書
 - ・購入商品のカタログ(定価が記載されているもの)
 - ・領収証(原本)及びコピー
 - ・請求書(福祉用具購入用／市高齢福祉介護課請求分)
 - ・委任状(振込口座が本人ではなく家族の場合)

【生活保護受給者の場合】

領収証ではなく「介護扶助居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書」と「請求書(福祉用具購入費)」(黄色)を提出

手順
3

3. 支給決定
被保険者宅に支給決定額等を記載した「介護保険償還払い支給(不支給)決定通知書」を送付します