

鳥取市

介護保険制度における 福祉用具購入の手引き

令和元年10月（第1版）

令和5年5月（第2版）

令和7年3月（第3版）

鳥取市福祉部長寿社会課

《 目 次 》

1. 介護保険制度における福祉用具購入費支給（概要）	… 2
2. 支給対象者	… 2
3. 支給対象となる福祉用具	… 2
4. 支給限度基準額	… 5
5. 支払方法	… 5
6. 手続きの流れ	… 7
7. 申請書記載例	… 8
8. 現地確認	… 1 1

1. 介護保険制度における福祉用具購入費支給（概要）

要介護（要支援）認定を受けている方が、できるだけ自宅で自立した生活（入浴や排泄、歩行等）を続けるために用いる福祉用具について、購入費用の一部が支給されます。購入する際には、事前にケアマネジャーまたは福祉用具販売事業者にご相談ください。

2. 支給対象者

次の要件をすべて満たす方が対象となります。

- （１） 購入日（代金最終支払日）時点で利用者（被保険者）が要介護または要支援の認定を受けていること。
- （２） 利用者（被保険者）が自宅で生活されている方であること（入院・入所・外泊は原則不可）。
- （３） 都道府県等の指定を受けた特定福祉用具販売事業者から購入していること。

3. 支給対象となる福祉用具

福祉用具購入費の支給対象となる種目は以下のとおりです。

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（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. 電動式またはスプリング式で立ち上がる際に補助できる機能を有するもの 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。設置に要する費用は給付の対象外）
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、居宅要介護者等また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および専用パンツ、専用シーツ等の関連製品は除く）

排泄予測支援機器	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（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商品は除く）
入浴補助用具	入浴に際しての座位の保持、浴槽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 1. 入浴用椅子 座面の高さが概ね35センチメートル以上のものまたはリクライニング機能を有するもの 2. 浴槽手すり 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できるもの 4. 入浴台 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にできるもの 5. 浴室内すのこ 浴室内に置いて浴室の段差解消を図るもの 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 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できるもの
簡易浴槽	空気式また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み、居室において必要があれば入浴が可能なもの）で、取水または排水のための工事を伴わないもの
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
スロープ※	段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないもの（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）

歩行器※	歩行が困難な者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、四脚を有し、上肢で保持して移動させることが可能なもの（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）
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、プラットフォームクラッチ及び多点杖に限る

※スロープ、歩行器、歩行補助つえについては、貸与・購入の選択が可能です。

＜テクノエイド協会の介護保険福祉用具情報の取扱いについて＞

公益財団法人テクノエイド協会ではTAIS登録されており「貸与」や「販売」のマークが表示されているものは、厚生労働省の告示及び留意事項通知に基づき、協会の判断により、介護保険において保険給付の対象と考えられる福祉用具を参考として掲載しているものです。（TAIS登録時に事業者から協会に提供された書面情報のみでは判断できなかったものについては、「貸与」や「販売」マークは表示されていません。）

本市においては、福祉用具貸与及び購入の種目については、テクノエイド協会の判断（「貸与」又は「販売」マークの表示）を基準としています。ただし、「貸与」または「購入」マークの表示がある機種であっても、国の基準に沿った使用内容でない場合は、保険給付の対象外となります。

＜同一種目の福祉用具購入について＞

一度購入した福祉用具について、その同一種目の福祉用具購入については原則、支給の対象外となります。ただし、下記に該当すると本市が判断した場合については同一種目の福祉用具であっても、支給の対象となります。

- ・ 利用者の身体状況や介護状況の変化により、既に購入した福祉用具では利用者に適さなくなった場合
- ・ 破損により、福祉用具の使用継続が困難な場合
※部品交換により使用継続が可能となるものは除く（交換部品も福祉用具購入費支給の対象となります）
- ・ 利用者の身体状況や生活環境等から必要と認められる場合
- ・ ロフストランド・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場合

4. 支給限度基準額

支給限度基準額は同一年度（４月から翌年３月まで）で１０万円です。このため、１０万円までの支給限度基準額の範囲内でかかった対象となる福祉用具購入費の１割、２割または３割が利用者負担となります。

※限度額の範囲内であれば複数回にわたって利用が可能です。

※限度額を超える福祉用具を購入した場合は、限度額を超えた部分の費用については全額自己負担となります。

【例：利用者負担割合１割の場合】

支給限度基準額 １０万円

（内訳：介護保険給付額 ９万円、自己負担額 １万円）

5. 支払方法

支払方法は、償還払い方式と受領委任払い方式の２種類があります。

（１） 償還払い方式

利用者が福祉用具購入費の全額を販売事業者支払い、本市が支給対象部分の９割、８割または７割の金額を利用者へ支払います。事業者が市役所へ受領委任払いの登録をしていない場合も利用できます。

（２） 受領委任払い方式

事業者が市役所へ受領委任払いの登録をしている場合に利用できる制度で、利用者は自己負担分１割、２割または３割の金額のみを販売事業者支払い、本市が残りの９割、８割または７割を販売事業者支払いします。

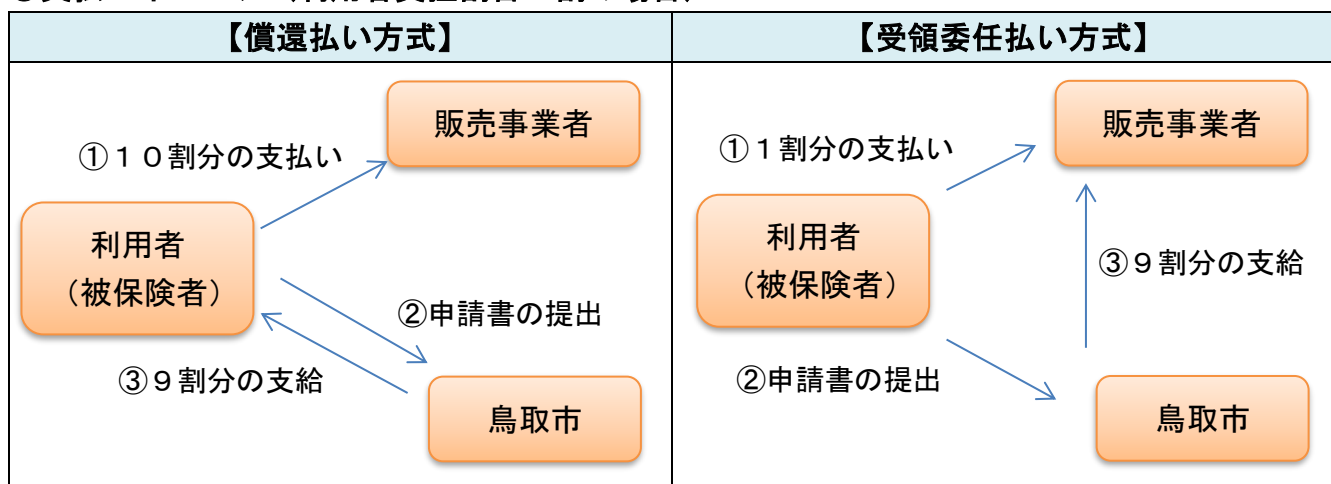
＜受領委任払い方式を利用できる条件について＞

次の要件をすべて満たしている場合、受領委任払い方式を利用できます。

- (１) 利用者（被保険者）の介護保険料に滞納がないこと。
- (２) 利用者（被保険者）が要介護認定新規申請中、区分変更申請中でないこと。
- (３) 福祉用具販売事業者が、本市と事前に受領委任払いの合意書を取り交わしていること。
- (４) 利用者（被保険者）と福祉用具販売事業者が受領委任による支払いに同意していること。

(３) の受領委任払いの合意書に関するお手続き方法については、長寿社会課へお問い合わせください。

○支払いイメージ（利用者負担割合 1 割の場合）



6. 手続きの流れ

福祉用具購入について担当ケアマネジャー（介護支援専門員）
または福祉用具販売事業者に相談、福祉用具の選定



購入前に事前の届け出を行う ※受領委任払いの場合のみ

・事前の届け出に必要な書類

○支給申請書（受領委任用）

ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した理由を記載するか、特定福祉用具販売を位置付けたケアプランの写しを添付してください。

○見積書

○パンフレットまたは図面等 該当の商品・種別にマーカー等で印をつけてください。

○福祉用具サービス計画書

○同意書

○被保険者の身元確認書類

（運転免許証等顔写真のあるもの1点、または介護保険証、負担割合証等顔写真のないもの2点）

※市の確認後いったん書類を返却します。



福祉用具の購入



福祉用具購入費の支給申請を行う

【償還払いの場合】

・申請に必要な書類

○支給申請書

ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した理由を記載するか、特定福祉用具販売を位置付けたケアプランの写しを添付してください。

○領収書

○パンフレットまたは図面等 該当の商品・種別にマーカー等で印をつけてください。

○福祉用具サービス計画書

○委任状（利用者（被保険者）名義以外の口座に振り込む場合）

○被保険者の身元確認書類

（運転免許証等顔写真のあるもの1点、または介護保険証、負担割合証等顔写真のないもの2点）

【受領委任払いの場合】

・申請に必要な書類

○事前確認時に提出した書類一式

○領収書

○内訳書（購入したものの内訳が記載されたもの）

※破損により、一度購入した福祉用具と同一種目の福祉用具を再度購入する場合は、破損状況の確認ができる写真の添付をお願いします。

7. 申請書記載例

【償還払いの場合】

様式第21号（第12条関係）

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	トトリ タロウ	保険者番号	3	1	2	0	1	7
氏名	鳥取 太郎	被保険者番号	0	0	0	1	2	3
生年月日	昭和30年 1月 2日生	個人番号	1	2	3	4	5	6
住所	鳥取市幸町71番地	電話番号	0857-30-8212					
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	購入日					
腰掛便座 座卓ラフイーネ標準タイプ	パナソニック 鳥取福祉用具販売	33,000円	R5年 4月 10日					
		円	年	月	日			
		円	年	月	日			

表面*

・製造事業者名と販売事業者名は両方を記入してください。
・購入金額はサービス費全額を記入してください。
・購入日は利用者が支払いをした日を記入してください。

福祉用具が必要な理由は、ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した根拠を記入するか、ケアプランに特定福祉用具販売を位置付けている場合は「別紙参照」と記入し、ケアプランのコピーを添付して下さい。

申請日（提出日）を記入してください。

・申請者欄は、被保険者が申請者の場合は氏名のみ左側の欄に記入してください。代理人が申請者の場合は住所・氏名・被保険者との関係を左側の欄に記入してください。
・被保険者や代理人が自署できず代筆者が記入した場合は、申請者欄右側の代筆者欄も記入してください。
・ケアマネジャーが提出代行する場合は、提出代行欄も記入してください。

福祉用具が必要な理由	歩行が不安定で、特に夜間の移動で転倒リスクが高い。また、夜間のトイレで間に合わないことが増えてきたため、夜間用に部屋の中にポータブルトイレが必要。
鳥取市長 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。	
R5年 4月 12日	

申請者 ☒ 被保険者 ☐ 代理人 ※該当する方に ☒ チェック	住所 氏名 鳥取 太郎 (被保険者との関係)	代筆者 住所 氏名 (申請者との関係)
【代理人の確認書類】（右記に☑チェック）→ ☐ 登記事項 ☐ 委任状（裏面のとおり） ☐ その他（ ）		
提出代行	事業所名称 鳥取市居宅介護支援事業所 (事業所番号) 3170123456 介護支援専門員等の氏名 砂丘 花子 住所 鳥取市富安二丁目138-4	

※提出代行が事業者以外の場合は欄外に提出者の住所、氏名、申請者との関係を記入

【注意】・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパ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、福祉用具サービス計画書を添付してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

受取口座	☐ 公金受取口座を利用する。（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しも不要となります。	
	☒ 振込口座を指定する。	
口座振込 依頼欄	鳥取 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	金融機関コード	店舗コード
	0 1 6 6	1 1 1
	フリガナ	トトリ タロウ
	口座名義人	鳥取 太郎

・マイナポータルで公金受取口座を登録している人は、公金受取口座での受取ができます。希望の方は「公金受取口座を利用する」に☑を入れてください。（口座振込依頼欄の記入は不要です）
・公金受取口座を登録していない人や、公金受取口座以外の口座で受け取りたい人は、「振込口座を指定する」に☑を入れ、口座振込依頼欄を記入してください。口座名義人が被保険者でない場合は、必ず委任状を添付してください。

【受領委任払いの場合】事前申請時

様式第21号の2(第12条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入事前届出書兼福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

被保険者	フリガナ	トトリ タロウ	保険者番号	3	1	2	0	1	7
	氏名	鳥取 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2
	生年月日	昭和30年1月2日生		3	4	5	6		
	住所	鳥取市幸町71番地	電話番号	0857-30-8212					

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	年	月	日
要介護度 産後うつ後援タイプ	パナソニック (株)鳥取福祉用具販売	33,000円				
		円		年	月	日
		円		年	月	日

福祉用具が 必要な理由	歩行が不安定で、特に夜間の移動で転倒リスクが高い。また、夜間のトイレで間に合わないことが増えてきたため、夜間用に部屋の中にポータブルトイレが必要。
----------------	---

鳥取市長 様
上記の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、上記申請に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。なお、この申請に関する決定通知の内容について下記受取人に通知することに同意します。

年 月 日

※申請者が被保険者本人の場合は氏名のみ記載。

申請者 ☒ 被保険者 ☐ 代理人 申請者の方に ☒ チェック	住所 氏名 鳥取 太郎 (被保険者との関係)	代筆者 住所 氏名 (申請者との関係)
---	------------------------------	------------------------------

【代理人の確認書類】(右記に☒チェック) → ☐登記事項 ☐委任状(裏面のとおりに) ☐その他()

提出代行	事業所名称 (事業所番号) 3170123456 介護支援専門員等の氏名 砂丘 花子 住所 鳥取市富安二丁目138-4
------	---

※提出代行が事業所以外の場合は欄外に提出者の住所、氏名、申請者との関係を記入

受取人の氏名 及び事業者名	(株)鳥取福祉用具販売
受取人の住所	鳥取市富安二丁目138-4

※給付制限を受けていたり保険料が滞納の場合は、受領委任による支払いはできません。

注意 <事前の届け出に必要な書類> 1 見積書 2 パンフレット又は図面等 3 福祉用具サービス計画書 4 同意書(様式2号)
<完了後必要な書類> 1 領収書と内訳書(購入したものの内訳が記載されたもの) 2 現物が確認できる写真等(パンフレットがない場合)

口座振込 依頼欄	鳥取 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	① 普通預金 ② 当座預金	2 3 4 5 6 7 8
	フリガナ	カトリックヨウホウパイドレイトリマヤク ナキ イロウ		
	口座名義人	(株)鳥取福祉用具販売 代表取締役 梨木 一郎		

事前届出確認日	年 月 日	確認の有無
---------	-------	-------

・製造事業者名と販売事業者名は両方を記入してください。
・購入金額はサービス費全額を記入してください。

福祉用具が必要な理由欄は、ケアマネジャーが福祉用具を必要と判断した根拠を記入するか、ケアプランに特定福祉用具販売を位置付けている場合は「別紙参照」と記入し、ケアプランのコピーを添付してください。

・申請者欄は、被保険者が申請者の場合は氏名のみ左側の欄に記入してください。代理人が申請者の場合は住所・氏名・被保険者との関係を左側の欄に記入してください。
・被保険者や代理人が自署できず代筆者が記入した場合は、申請者欄右側の代筆者欄も記入してください。
・ケアマネジャーが提出代行する場合は、提出代行欄も記入してください。

給付費を受け取る事業者名(販売事業者)とその住所を記入してください。

給付費を受け取る事業者の口座情報を記入してください。

事前申請を確認できたら、市が記入します。

完了申請時

様式第21号の2(第12条関係)

表面*

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入事前届出書兼福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

被保険者	フリガナ	トトリ タロウ	保険者番号	3	1	2	0	1	7
	氏名	鳥取 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2
	生年月日	昭和30年 1月 2日生		3	4	5	6		
	住所	鳥取市幸町71番地	電話番号	0857-30-8212					

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	購入日
寝具便座 商業ラフィーネ標準タイプ	パナソニック (株)鳥取福祉用具販売	33,000円	R5年 4月 10日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

福祉用具が必要な理由 歩行が不安定で、特に夜間の移動で転倒リスクが高い。また、夜間のトイレで間に合わないことが増えてきたため、夜間用に部屋の中にポータブルトイレが必要。

鳥取市長様
上記の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、上記申請に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。なお、この申請に関する決定通知の内容について下記受取人に通知することに同意します。

R5年 4月 12日

※申請者が被保険者本人の場合は氏名のみ記載。

申請者 ☒ 被保険者 ☐ 代理人 申請者となる方に ☒ チェック	住所	代筆者 住所
氏名 鳥取 太郎	氏名	(申請者との関係)
(被保険者との関係)		

【代理人の確認書類】(右記に☒チェック) → ☐登記事項 ☐委任状(裏面のとおりに) ☐その他()

提出代行	事業所名称 (事業所番号) 介護支援専門員等の氏名 住所
	鳥取市居宅介護支援事業所 3170123456 砂丘 花子 鳥取市富安二丁目138-4

※提出代行が事業所以外の場合は欄外に提出者の住所、氏名、申請者との関係を記入

受取人の氏名 及び事業者名	(株)鳥取福祉用具販売
受取人の住所	鳥取市富安二丁目138-4

※給付制限を受けていたり保険料が滞納の場合は、受領委任による支払いはいできません。

注意 <事前の届け出に必要な書類> <完了後必要な書類>
 1 見積書 1 領収書と内訳書(購入したものの内訳が記載されたもの)
 2 パンフレット又は図面等 2 現物が確認できる写真等(パンフレットがない場合)
 3 福祉用具サービス計画書
 4 同意書(様式3号)

口座振込 依頼欄	鳥取 信用金庫 農協	本店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	① 普通預金 ② 当座預金	2 3 4 5 6 7 8
	フリガナ	カトリックヨウゲンハイ デイヨウシマリヤク ナシキ イチロウ		
	口座名義人	(株)鳥取福祉用具販売 代表取締役 梨木 一郎		
事前届出確認日	R5年 4月 7日	確認の有無	長寿社会課	

購入日は利用者が支払いをした日を記入してください。

申請日(提出日)を記入してください。

8. 現地確認

本市（保険者）が、書類上の確認だけでは判断が困難な場合、もしくは介護給付費の適正化事業の一環で、現地確認をする場合があります。

（お問い合わせ）

鳥取市役所 福祉部 長寿社会課 介護保険係

TEL: 0857-30-8212