

介護保険  
福祉用具購入の手引

武蔵村山市  
健康福祉部高齢福祉課  
令和8年3月

## 目 次

介護保険福祉用具購入費支給制度について ..... 1p

介護保険福祉用具購入手続のながれ ..... 3p

福祉用具購入費支給申請書類について ..... 4p

- 1 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (償還払い)
- 2 領収書
- 3 パンフレット等
- 4 委任状
- 5 代表相続人届出書

介護保険「福祉用具購入費」受領委任払い制度について..... 10p

### 事前申請

- 1 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前確認申請書 (受領委任払い)
- 2 見積書
- 3 パンフレット等
- 4 受領委任払い利用申込書

### 事後申請

- 1 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払い)
- 2 領収書

様 式 ..... 19p

- 1 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (償還払い)
- 2 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前確認申請書 (受領委任払い)
- 3 受領委任払い利用申込書
- 4 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払い)

# 介護保険福祉用具購入費支給制度について

## ■ 支給概要

武蔵村山市の被保険者（介護保険の要介護（支援）認定で、要支援1・2又は要介護1～5の認定を受け、在宅で生活されている方）で、その日常生活の自立を助けるためや、介護者の負担を軽くするために必要な福祉用具であって、かつ、福祉用具購入費の支給対象となる種類の福祉用具（特定福祉用具）を、特定福祉用具販売事業者として都道府県による指定を受けた介護保険サービス事業者から購入した場合、申請によりその費用の一部が介護保険から福祉用具購入費として支給されます。

## ■ 支給要件

- 要介護（支援）者本人の日常生活の自立を助けるために必要な福祉用具であること。
- 原則、担当のケアマネジャー（要支援の方は担当の地域包括支援センター）が必要性を居宅サービス計画（要支援の方は介護予防サービス計画）に位置付けていること。
- 購入する福祉用具が支給対象となる種類（特定福祉用具）であること。
- 特定福祉用具販売事業者として都道府県による指定を受けた介護保険サービス事業者から購入していること。
- 支給対象となる福祉用具を一度も購入していないこと。

## ■ 利用限度額

要支援・要介護度にかかわらず、同一年度内（4月1日～翌年3月31日）で10万円までです。ただし、1割、2割又は3割は自己負担となりますので、介護保険から支給される額は9万円、8万円又は7万円が上限となります。

※ 利用限度額（10万円）を超えた場合、超えた部分については、全額自己負担になります。

福祉用具を購入するときは、次の点にご注意ください。

- 原則として、用途が同じものや機能が同一の福祉用具を購入する場合は、福祉用具購入費の支給はできません。ただし、次の場合など特別な事情がある場合は、再度支給されることがあります。
  - ・福祉用具が破損した場合
  - ・購入された方の介護の必要な状態が著しく悪化したこと（「介護の必要な程度」の段階が3段階以上上がった場合）により、その用具では用をなさなくなった場合
- 病院に入院中又は施設に入所中の方は、原則として福祉用具購入費の支給は受けられませんが、退院や退所が決まっています、在宅に戻ってから福祉用具がただちに必要となる場合は、購入前に担当のケアマネジャー（要支援の方は担当の地域包括支援センター）等へご相談ください。
- 特定福祉用具販売の指定を受けた介護保険サービス事業者から福祉用具を購入していない場合には、支給対象とはなりません。

## ■ 支給について

福祉用具購入費の保険給付は、利用者にいったん費用の全額をお支払いいただいた後、申請により、保険給付対象費用内で原則9割分が払い戻される「償還払い方式」が原則ですが、利用者が1割の自己負担額を支払い、特定福祉用具販売事業者に残りの9割を支払う「受領委任払い方式」もあります。「受領委任払い方式」は購入前の申請が必要となります。※1割負担の場合

■ 支給対象となる福祉用具（特定福祉用具）の種類

種 目	機 能 また は 構 造
腰掛便座	次のいずれかに該当するものに限ります。 (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（居室において利用可能であるものに限る。）
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。
入浴補助用具	入浴の際に座位の保持や浴槽への出入りなど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に限ります。 (1) 入浴用いす…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。 (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に限る。 (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など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。）であって、取水又は排水のために工事を伴わないものに限ります。
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に限ります。
スロープ	福祉用具貸与に掲げる「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は除く。
歩行器	福祉用具貸与に掲げる「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。
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、ブラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

令和6年4月1日より「スロープ」「歩行器」「歩行補助つえ」については、貸与と購入の選択制が導入されました。

次の福祉用具については、介護保険の「福祉用具貸与」の対象となります。

- 車いす ●特殊寝台付属品 ●手すり ●歩行補助つえ
- 車いす付属品 ●床ずれ防止用具 ●スロープ ●認知症老人徘徊感知機器
- 特殊寝台 ●体位変換器 ●歩行器 ●移動用リフト（つり具の部分を除く）
- 自動排泄処理装置（交換可能部品、専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの並びに専用パンツ、専用シーツ等の関連製品は除かれる。）

※手すり、スロープについては取付けに際し工事を伴わないもの。

※要支援1、2及び要介護1の方は、「車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ

防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト（つり具の部分を除く）」の貸与が、原則として保険給付の対象外となっています。また、要支援1、2及び要介護1、2、3の方は、「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」の貸与が、原則として保険給付の対象外となっています。

# 介護保険福祉用具購入手続のながれ

## 1 相談

福祉用具を購入する場合は、事前に担当のケアマネジャー等（要支援の方は担当の地域包括支援センター）にご相談ください。

※ 病院に入院中又は施設に入所中の方は、原則として福祉用具購入費の支給は受けられませんが、退院や退所が決まっていて、在宅に戻ってから福祉用具がただちに必要となる場合は、購入前に担当のケアマネジャー等へご相談ください。

購入した福祉用具が、身体状況になじまないことなどから、せっかく購入したにもかかわらず、本来の目的を十分に果たすことができなかつたり、当該用具が福祉用具購入費の支給対象外であることが購入後にわかって、トラブルとなるケースが発生しています。購入に当たっては、十分にご検討ください。

## 2 福祉用具販売業者の選定・購入

福祉用具販売業者を選定し、福祉用具を購入します。購入費用の全額を購入先の事業者へ支払い、領収証と購入した福祉用具のパフレットを受け取ってください。

## 3 支給申請(4p~9p 参照)

次の書類を提出し、福祉用具購入費の支給申請をします。書類の提出は介護支援専門員等に依頼できます。

- ① 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書
- ② 領収書（原本）と原本の写し（原本の写しがある場合は、原本は確認後お返しします）
- ③ 購入した福祉用具が確認できるパフレット等（写し可）
- ④ 委任状（給付金を被保険者とは別の口座に振り込む場合）

## 4 支給申請書類の審査、決定、支給

受理した支給申請書類を審査します。

審査の結果、問題が無ければ支給決定し、「介護保険償還払支給（不支給）決定通知書」を申請者（被保険者）宛に送付後、申請書に記載された指定口座に福祉用具購入費を振り込みます。

「受領委任払い方式」にも関わらず、市の承認がされる前に購入を進めているケースが散見されます。購入後の「受領委任払い方式」はできませんので、必ず手順を踏んでください。

# 福祉用具購入費支給申請書類について

◎ 福祉用具の購入後に必要な書類とともに提出します。

## 1 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

【5、6pを参照してください】

- 被保険者氏名 … 被保険者の氏名を記載します。
- 保険者番号 …… 介護保険被保険者証の保険者番号（132233）を記載します。
- 被保険者番号 … 介護保険被保険者証の被保険者番号を記載します。
- 生年月日 …… 被保険者の生年月日を記載します。
- 性別 …………… 被保険者の性別を囲みます。
- 住所 …………… 被保険者の住所及び電話番号を記載します。
- 販売事業者名… 福祉用具の販売事業者名を記載します。
- 事業者番号…… 福祉用具の販売事業者の事業者番号を記載します。
- 福祉用具名…… 福祉用具の種目【2p参照】及び商品名を記載します。
- 製造事業者名… 福祉用具の製造事業者名を記載します。
- 購入金額……… 福祉用具の購入金額を記載します。
- 購入日………… 福祉用具の購入日を記載します。
- 日付 …………… 申請書提出日を記載します。
- 住所 …………… 申請者の住所を記載します。
- 氏名 …………… 申請者の氏名を記載します。
- 印 ……………… 申請者の印鑑を押印します。
- 電話番号……… 申請者の電話番号を記載します。
- 金融機関名…… 金融機関名・支店名を記載します。
- □座番号 …… □座番号を記載します。
- □座名義 …… □座名義を記載します。

《裏面》

- 事業者名……… 裏面作成者の所属する事業者名を記載します。
- 氏名 …………… 裏面作成者の氏名を記載します。
- 記載年月日…… 裏面作成年月日を記載します。
- 福祉用具名…… 福祉用具の種目【2p参照】及び商品名を記載します。
- 福祉用具が  
必要な理由…… 福祉用具が必要な理由を具体的に記入します。

※ 注意

- 申請書において、文字や数字を訂正する場合は、必ず訂正印等を用いて訂正してください。（修正液は不可）
- 「□座名義」が、被保険者以外の場合、委任状【8p参照、任意様式】が必要です。
- 被保険者が死亡した場合、相続人代表者届出書【9p参照、任意様式】が必要です。

**記載例**

**介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書**

		個人番号																
フリガナ 被保険者氏名	ムサシムラヤマ タロウ		保険者番号							1	3	2	2	3	3			
	武蔵村山 太郎		被保険者番号							0	0	0	0	0	0	1	1	●
生年月日	明・大・昭	10年 10月 ●日生	性別	男 ・ 女														
住所	〒208-●●●● 武蔵村山市学園●-●-● 電話番号 042-590-11●●																	
販売事業者名	××事業所		事業者番号	1311111●														
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名		購入金額	購入日														
入浴補助用具(PC111)	●●●●●●		10,000 円	★★年●月●日														
腰掛便座(AABB)	●●●●		15,000 円	★★年●月●日														
※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに裏面に記載してください。																		
武蔵村山市長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 武蔵村山市学園●-●-● 電話番号 042-590-11●● 氏 名 武蔵村山 太郎																		

居宅介護（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。

振 込 先	金融機関・支店名	みず●銀行 村●支店	
	預金種別	1 普通	2 当座
	口座番号	123456×	
	フリガナ 口座名義	ムサシムラヤマ タロウ 武蔵村山 太郎	

注意 ・ この申請書に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

・ 福祉用具を本来の使用目的以外で使用し事故がおきたときは、責任を負うことができませんのでおやめください。

保 険 者 確 認 欄					
審査日	年 月 日		申請入力日	年 月 日	
添付 書類	領 収 書	済 ・ 未	整 理 番 号		
	パンフレット	済 ・ 未			
審査 内容	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5		決 定 入 力 日	年 月 日
	給付制限	有 ・ 無			
	用具の種類			決 定 通 知 日	年 月 日
	合計対象金額	円		決 定 支 給 日	年 月 日
	合計支給額	( ) × ( ) = 円		口 座 振 替 依 頼 日	年 月 日
	支給限度残額	円		備 考	
決定日	年 月 日				

(裏)

事業者名	××事業所	氏 名	高 齢 太×
		記 載 年 月 日	★ ★ 年 ● 月 ● 日

福祉用具名	福祉用具が必要な理由
入浴補助用具(PC111)	〇〇年〇月右大腿骨骨折により入院治療。手術後早期からリハビリをするも歩行障害が残る。足が曲げにくく、浴室の既存の低いイスではしゃがみこむ際に転倒の危険があり、また、立ち上がり動作も無理があるため、安全に入浴できるようシャワーベンチを利用したい。
腰掛便座(AABB)	脳梗塞による軽度の半身麻痺のため、居室からトイレまでつたい歩きで移動するが、夜間トイレに間に合わない。居室にポータブルトイレを置くことにより失禁を防ぎたい。

## 2 領収書

- 宛名は被保険者の方の氏名が記載されている場合が支給の対象となります。（姓のみ、上様等は不可）
- 額面は福祉用具購入費の支給対象とならない福祉用具購入の費用を含んだ金額で差し支えありませんが、その場合は、領収書に介護保険制度の福祉用具購入に要した費用がわかるようにしてください。

<b>作成事例</b>	領 収 証	収入印紙
<b>武蔵村山 太郎</b> 様		
領収金額 金 25,000 円 也		
但し●●●●●●●●福祉用具購入代金として 上記金額を領収いたしました。		
〇〇年△△月□□日		
●●市★★★●●123 番地 ××事業所 代表取締役 □□□ △△△ 電話 ☆☆☆☆-☆☆-☆☆☆☆		

## 3 パンフレット等

購入した福祉用具が確認できるパンフレット等（写し可）

## 4 委任状

福祉用具を購入する被保険者以外の方が給付金を請求及び受領する場合は「委任状」が必要です。  
様式は任意です。

---

### 作成事例

#### 居宅介護（予防）福祉用具購入費に関する委任状

武蔵村山市長 殿

私（被保険者）武蔵村山 太郎は、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関し、下記の者を代理人と定め、その権限を委任します。

この件に関し、いかなる事情が生じても代理人が責任をもって解決いたします。

また、給付金を返還することとなった場合にも、代理人の責任において即時に返還いたします。

●●年■月■日

委任者（被保険者）

住所 武蔵村山市学園●丁目●番●

氏名 武蔵村山 ●郎

受任者（代理人）

住所 武蔵村山市学園▲丁目▲番●

氏名 武××山 ●郎

## 5 相続人代表者届出書

被保険者が死亡した場合、代表相続人届出書が必要です。

### 記載例

### 記入例

●被保険者が亡くなられた場合に、相続人代表者届出書の提出が必要です。

●被相続人欄は、亡くなられた被保険者について氏名・被保険者番号・死亡年月等を記入してください。

●相続人代表者欄は、口座振込みの名義人について氏名・住所・生年月日・被相続人との続柄等を記入し押印してください。

●口座振替依頼欄は、代表者の口座について記入してください。金融機関コード、店舗コードについても記入してください。

介護保険給付費に  
関する相続人代表者届出書

被相続人に係る介護保険高額介護（介護予防）サービス費の支給申請、支給決定に関する書類及び給付金を受領する代表者として下記のとおり届出します。

武蔵村山市長 様

□年 □月 □日

被相続人	フリガナ	ムラヤマ タロウ	被保険者番号	0000000001
	氏名	村山 太郎	生年月日	昭和●年●月●日
	死亡年月	○年 ○月 ○日		

  

相続人代表者	フリガナ	ムラヤマ イチロウ	村山
	氏名	村山 一郎	
	住所 (送付先)	〒208-0004 武蔵村山市本町1-1-1	
	生年月日	△年 △	
	被相続人との続柄	長男	

被相続人に係る介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

口座振替依頼欄	フリガナ	ムラヤマ イチロウ						
	口座名義人	村山 一郎						
	金融機関コード	1	2	3	4	1	1	1

ゆうちょ銀行は、銀行用の店名（〇一八ゼロイチハチなど）を記入してください。※通帳の1枚目に記載があります。

なお、この件に関し、いかなる事情が生じても代表である私が責任を持って解決いたします。

また、給付金を返還することとなった場合にも、私の責任において即時に返還いたします。

# 介護保険「福祉用具購入費」受領委任払い制度について

介護保険要介護（支援）認定を受けている方が特定福祉用具の購入を行う際に、費用の全額を利用者が一旦支払う「償還払い制度」と異なり、利用者が特定福祉用具販売事業者（都道府県から指定を受けた介護保険サービス事業者。以下「事業者」という。）から特定福祉用具の購入をする場合に、費用額（限度額10万円の自己負担分（1割、2割又は3割）のみを支払う（残り9割、8割又は7割の保険給付分は利用者から受領に関する委任を受けた事業者に武蔵村山市から直接支払う）方法で、これにより利用者の一時的な負担を軽減します。 受領委任払い制度を実施する際には、事前に事業者にご相談の上、ご利用ください。

## 【受領委任払いによる福祉用具購入費支給の流れ】

### 1 相談・事業者の選定

介護認定を受けている被保険者は、介護支援専門員等にご相談ください。次に事業者を選定し、事業者に福祉用具購入に係る見積りや関係書類等の作成を依頼します。

なお、受領委任払いは、被保険者証に支払方法変更の記載をされた方は利用できません。

### 2 事前申請

次の書類を提出し、事前申請します。

- ① 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費事前確認申請書（受領委任払い）
- ② 見積書
- ③ 購入を希望する福祉用具が確認できるパンフレット等（写し可）
- ④ 受領委任払い利用申込書

### 3 事前申請・受領委任払いの承認

事前申請書類の審査後に①介護保険福祉用具購入費事前確認通知書、②介護保険福祉用具購入費受領委任払い利用決定通知書が申請者（被保険者）宛に送付されます。②の書類については、委任を受けた事業者にも送付されます。

### 4 福祉用具の購入、支払い

上記**3 事前申請・受領委任払いの承認**における通知書が届いた後に福祉用具を購入し、代金（費用の1割、2割又は3割）及び利用限度額（10万円）を超えた額を事業者支払い、領収書を受け取ります。

### 5 支給申請

次の書類を提出し、福祉用具購入費の支給申請をします。

- ① 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書
- ② 領収書（原本）と原本の写し（原本の写しがある場合は、原本は確認後お返しします）

### 6 支給申請書類の審査、決定、支給

受理した支給申請書類を審査します。審査の結果、問題が無ければ支給決定し、保険給付分（費用の9割、8割又は7割）を武蔵村山市から事業者支払いします。

## 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費事前確認申請書（受領委任払い）について

◎ 福祉用具の購入前に必要な書類とともに提出します。

### **1 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費事前確認申請書（受領委任払い）**

【12、13p を参照してください】

- ・被保険者氏名 … 被保険者の氏名を記載します。
- ・保険者番号 …… 介護保険被保険者証の保険者番号（132233）を記載します。
- ・被保険者番号 … 介護保険被保険者証の被保険者番号を記載します。
- ・生年月日 …… 被保険者の生年月日を記載します。
- ・性別 …………… 被保険者の性別を囲みます。
- ・住所 …………… 被保険者の住所及び電話番号を記載します。
- ・販売事業者名… 福祉用具の販売事業者名を記載します。
- ・事業者番号…… 福祉用具の販売事業者の事業者番号を記載します。
- ・福祉用具名…… 福祉用具の種目【2p参照】及び商品名を記載します。
- ・製造事業者名… 福祉用具の製造事業者名を記載します。
- ・購入見積金額… 福祉用具の購入見積金額を記載します。
- ・日付 …………… 申請書提出日を記載します。
- ・住所 …………… 申請者の住所を記載します。
- ・氏名 …………… 申請者の氏名を記載します。
- ・印 …………… 申請者の印鑑を押印します。
- ・電話番号…… 申請者の電話番号を記載します。
- ・金融機関名…… 受領委任された福祉用具の販売事業者の金融機関名・支店名を記載します。
- ・口座番号 …… 受領委任された福祉用具の販売事業者の口座番号を記載します。
- ・口座名義 …… 受領委任された福祉用具の販売事業者の口座名義を記載します。

《裏面》

- ・事業者名…… 裏面作成者の所属する事業者名を記載します。
- ・氏名…… 裏面作成者の氏名を記載します。
- ・記載年月日…… 裏面作成年月日を記載します。
- ・福祉用具名…… 福祉用具の種目【2p参照】及び商品名を記載します。
- ・福祉用具が  
必要な理由…… 福祉用具が必要な理由を具体的に記入します。

※ 注意

- ・申請書において、文字や数字を訂正する場合は、必ず訂正印等を用いて、訂正してください。（修正液は不可）

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費事前確認申請書（受領委任払い）

記載例

		個人番号													
フリガナ 被保険者氏名	ムサシムラヤマ タロウ		保険者番号				1	3	2	2	3	3			
	武蔵村山 太郎		被保険者番号				0	0	0	0	0	0	1	1	●
生年月日	明・大・ <input type="text" value="昭"/> 10年 10月 ●日生		性別	<input type="text" value="男"/> ・ 女											
住所	〒208-●●●● 武蔵村山市学園●-●-● 電話番号 042-590-11●●														
販売事業者名	××事業所		事業者番号	1311111●											
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名		購入金額	購入日											
入浴補助用具(PC111)	●●●●●●		10,000 円	★★年●月●日											
腰掛便座(AABB)	●●●●		15,000 円	★★年●月●日											
※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに裏面に記載してください。															
武蔵村山市長 殿 上記のとおり、受領委任払いにて特定福祉用具の購入を行いたいので、関係書類を添えて 居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払い利用を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 <u>武蔵村山市学園●-●-●</u> 電話番号 <u>042-590-11●●</u> 氏 名 <u>武蔵村山 太郎</u>															

居宅介護（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。

振 込 先	金融機関・支店名	みず●銀行 村●支店	
	預金種別	<input type="text" value="1"/> 普通	<input type="text" value="2"/> 当座
	口座番号	123456×	
	フリガナ 口座名義	××ジギョウショ ショチョウ ★★ ××事業所 所長 ★★	

注意 ・この申請書に、見積書、福祉用具のパンフレット等及び介護保険福祉用具購入費受領委任払い利用申込書を添付してください。  
 ・福祉用具を本来の使用目的以外で使用し事故がおきたときは、責任を負うことが出来ませんのでおやめください。

保 険 者 確 認 欄				
審査日	年 月 日		申請入力日	年 月 日
添付 書類	見積書	済 ・ 未	整理番号	
	パンフレット	済 ・ 未		
審査 内容	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	決定入力日	年 月 日
	給付制限	有 ・ 無	決定通知日	年 月 日
	用具の種類		口座振替依頼日	年 月 日
	合計対象金額	円	備考	
	合計支給額	( ) × ( ) = 円		
	支給限度残額	円		
決定日	年 月 日			

(裏)

事業者名	××事業所	氏 名	高 齢 太×
		記載年月日	★★年●月●日

福祉用具名	福祉用具が必要な理由
入浴補助用具(PC111)	〇〇年〇月右大腿骨骨折により入院治療。手術後早期からリハビリをするも歩行障害が残る。足が曲げにくく、浴室の既存の低いイスではしゃがみこむ際に転倒の危険があり、また、立ち上動作も無理があるため、安全に入浴できるようシャワーベンチを利用したい。
腰掛便座(AABB)	脳梗塞による軽度の半身麻痺のため、居室からトイレまでつたい歩きで移動するが、夜間トイレに間に合わない。居室にポータブルトイレを置くことにより失禁を防ぎたい。

## 2 見積書

「介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費事前確認申請書（受領委任払い）」と一緒に提出してください。

### 作成事例

### 福祉用具購入費見積書

申請者（被保険者）の名前を  
記入してください。

村山 花子 様

作成年月日 ●●年○月●日

（販売事業者）

●●市××町123番地

☆☆福祉用具販売事業所

代表取締役 □□ △△△

印

合計金額 **¥ 25,000** 円

品名	製造事業者名	金額	備考
シャワーチェア肘掛け背付(PC111)	●●●●●●	10,000 円	
ポータブルトイレ(AABB11-1)	●●●●	15,000 円	
合計（税込）		25,000 円	

## 3 パンフレット等

購入した福祉用具が確認できるパンフレット等（写し可）

## 4 受領委任払い利用申込書

被保険者は、福祉用具販売事業者に対して介護保険の福祉用具購入の対象となる費用の1割の自己負担分を支払い、残りの9割分については、利用者から福祉用具購入費の受領を委任された福祉用具販売事業者に対して、武蔵村山市から直接支払います。（※1割負担の場合）

受領委任払いは、購入前に事前に「介護保険福祉用具購入費受領委任払い申込書」を提出し、受理された事業者を利用して福祉用具購入を行う場合のみ利用可能となります。ただし、給付制限等を受けている場合は利用できません。

第1号様式(第4条関係)

### 記載例

#### 介護保険福祉用具購入費受領委任払い利用申込書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

申込者 (委任者)	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 ● ●
	氏名	武蔵村山 太郎
	住所	〒208-●●●● 武蔵村山学園●-●-●

受領委任払いによる福祉用具購入費の支給により特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具の購入を行いたいので申し込みます。ついては、次の者に、私が支給を受けるべき福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任します。

また、福祉用具購入費の支給に関し次の者に通知することに同意します。

受	事業所の名称	(株) ●●福祉用具センター
任	事業所の所在地	〒■■■■-1234 ●●市★★■123番地
者	電話番号	042-●●0-1234

上記の申込者(委任者)に対して支給される福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を受任することについては、下記の要件に同意してこれを承諾します。

代表者の  
職・氏名 代表取締役 □□□ △△△

#### 記

- 1 特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具の販売に要した費用については、武蔵村山市が福祉用具購入費として支払う額を除いた額(自己負担額)を被保険者から徴収するものとし、これを減免し、又は超過して徴収しないこと。また、自己負担額を徴収したときは、当該自己負担額に係る領収証を被保険者に発行すること。
- 2 被保険者に代わり福祉用具購入費の支払を受けたときは、被保険者宛ての福祉用具購入費分の領収証を作成し、これを武蔵村山市に提出すること。
- 3 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の販売にあたり法令等に違反する行為があったとき、又は偽りその他不正の手段により福祉用具購入費の受領に関する権限の委任を受けたときは、受領委任払いの利用の決定を取り消されても異議がないこと。

# 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費申請書（受領委任払い）について

◎ 福祉用具の購入後に必要な書類とともに提出します。

## **1 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い)**

【 17p を参照してください】

- ・被保険者氏名 … 被保険者の氏名を記載します。
  - ・保険者番号 …… 介護保険被保険者証の保険者番号（132233）を記載します。
  - ・被保険者番号 … 介護保険被保険者証の被保険者番号を記載します。
  - ・生年月日 …… 被保険者の生年月日を記載します。
  - ・性別 …………… 被保険者の性別を囲みます。
  - ・住所 …………… 被保険者の住所及び電話番号を記載します。
  - ・販売事業者名… 福祉用具の販売事業者名を記載します。
  - ・事業者番号…… 福祉用具の販売事業者の事業者番号を記載します。
  - ・福祉用具名…… 福祉用具の種目【2p参照】及び商品名を記載します。
  - ・製造事業者名… 福祉用具の製造事業者名を記載します。
  - ・購入金額…… 福祉用具の購入金額を記載します。
  - ・購入日…… 福祉用具の購入日を記載します。
  - ・日付 …………… 申請書提出日を記載します。
  - ・住所 …………… 申請者の住所を記載します。
  - ・氏名 …………… 申請者の氏名を記載します。
  - ・印 …………… 申請者の印鑑を押印します。
  - ・電話番号…… 申請者の電話番号を記載します。
  - ・金融機関名…… 受領委任された福祉用具の販売事業者の金融機関名・支店名を記載します。
  - ・口座番号 …… 受領委任された福祉用具の販売事業者の口座番号を記載します。
  - ・口座名義 …… 受領委任された福祉用具の販売事業者の口座名義を記載します。
- ※振込先について、事前確認申請の時と変更がなければ、（事前確認申請と変更なし □）欄にチェック（☑）をすれば、記入は不要です。

※ 注意

- ・申請書において、文字や数字を訂正する場合は、必ず訂正印等を用いて、訂正してください。（修正液は不可）

**記載例**

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費申請書（受領委任払い）

		個人番号																
フリガナ 被保険者氏名	ムサシムラヤマ タロウ		保険者番号							1	3	2	2	3	3			
	武蔵村山 太郎		被保険者番号							0	0	0	0	0	0	1	1	●
生年月日	明・大・昭	10年 10月 ●日生	性別	男・女														
住所	〒208-●●●● 武蔵村山市学園●-●-● 電話番号 042-590-11●●																	
販売事業者名	××事業所		事業者番号	1311111●														
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名		購入金額	購入日														
入浴補助用具(PC111)	●●●●●●		10.000 円	★★年●月●日														
腰掛便座(AABB)	●●●●		15.000 円	★★年●月●日														
武蔵村山市長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 武蔵村山市学園●-●-● 電話番号 042-590-11●● 氏 名 武蔵村山 太郎																		

居宅介護（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。（事前確認申請と変更なし ）

振 込 先	金融機関・支店名														
	預金種別	1 普通 2 当座													
	口座番号														
	フリガナ 口座名義														

- 注意 ・この申請書に、領収書を添付してください。  
 ・福祉用具を本来の使用目的以外で使用し事故がおきたときは、責任を負うことが出来ませんのでおやめください。

保 険 者 確 認 欄					
審査日	年 月 日			申請入力日	年 月 日
添付 書類	領 収 書	済 ・ 未		整 理 番 号	
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5			
審査 内容	給付制限	有 ・ 無		決定入力日	年 月 日
	用具の種類			決定通知日	年 月 日
	合計対象金額	円		口座振替依頼日	年 月 日
	合計支給額	( ) × ( ) = 円		備 考	
	支給限度残額	円			
決定日	年 月 日				

## 2 領収書

- 宛名は被保険者の方の氏名が記載されている場合が支給の対象となります。（姓のみ、上様等は不可）
- 額面は福祉用具購入費の支給対象とならない福祉用具購入の費用を含んだ金額で差し支えありませんが、その場合は、領収書に介護保険制度の福祉用具購入に要した費用がわかるようにしてください。

<b>作成事例</b>	領 収 証	収入印 紙
<b>武蔵村山 太郎</b> 様		
領収金額 金 2,500 円 也		
但し●●●●●●●●福祉用具購入代金として 上記金額を領収いたしました。		
〇〇年△△月□□日		
●●市★★★●●123 番地 ××事業所 代表取締役 □□□ △△△ ㊟ 電話 ☆☆☆☆-☆☆☆☆☆☆☆☆		

# 《 様 式 》

## 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

		個人番号													
フリガナ 被保険者氏名	保険者番号						1	3	2	2	3	3			
	被保険者番号														
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別		男 ・ 女										
住 所	〒												電話番号		
販売事業者名						事業者番号									
福祉用具名 <small>(種目及び商品名)</small>			製造事業者名			購入金額			購入日						
※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに裏面に記載してください。															
武蔵村山市長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____															

居宅介護（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。

振 込 先	金融機関・支店名													
	預金種別	1 普通    2 当座												
	口座番号													
	フリガナ 口座名義													

注意 ・ この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

・ 福祉用具を本来の使用目的以外で使用し事故がおきたときは、責任を負うことができませんのでおやめください。

保 険 者 確 認 欄					
審査日	年 月 日		申請入力日	年 月 日	
添付書類	領 収 書	済 ・ 未	整 理 番 号		
	パンフレット	済 ・ 未			
審査内容	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5		決 定 入 力 日	年 月 日
	給付制限	有 ・ 無			
	用具の種類			決 定 通 知 日	年 月 日
	合計対象金額	円		口 座 振 替 依 頼 日	年 月 日
	合計支給額	( ) × ( ) = 円		備 考	
支給限度残額	円				
決定日	年 月 日				

(裏)

事業者名		氏 名	
		記載年月日	

福祉用具名	福祉用具が必要な理由

## 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費事前確認申請書（受領委任払い）

		個人番号												
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						1	3	2	2	3	3
			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女										
住 所	〒 _____ 電話番号 _____													
販売事業者名			事業者番号											
福祉用具名 <small>（種目及び商品名）</small>	製造事業者名		購入金額	購入日										
※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに裏面に記載してください。														
武蔵村山市長 殿 上記のとおり、受領委任払いにて特定福祉用具の購入を行いたいので、関係書類を添えて 居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払い利用を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____														

居宅介護（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。

振 込 先	金融機関・支店名													
	預金種別	1 普通    2 当座												
	口座番号													
	フリガナ 口座名義													

- 注意 ・ この申請書に、見積書、福祉用具のパンフレット等及び介護保険福祉用具購入費受領委任払い利用申込書を添付してください。  
 ・ 福祉用具を本来の使用目的以外で使用し事故がおきたときは、責任を負うことが出来ませんのでおやめください。

保 険 者 確 認 欄				
審査日	年 月 日		申請入力日	年 月 日
添付 書類	見 積 書	済 ・ 未	整 理 番 号	
	パンフレット	済 ・ 未		
審査 内容	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	決 定 入 力 日	年 月 日
	給付制限	有 ・ 無		
	用具の種類		決 定 通 知 日	年 月 日
	合計対象金額	円	口 座 振 替 依 頼 日	年 月 日
	合計支給額	( ) × ( ) = 円	備 考	
支給限度残額	円			
決定日	年 月 日			

(裏)

事業者名		氏 名	
		記載年月日	

福祉用具名	福祉用具が必要な理由

介護保険福祉用具購入費受領委任払い利用申込書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

申込者 (委任者)	被保険者番号	
	氏名	
	住所	〒

受領委任払いによる福祉用具購入費の支給により特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具の購入を行いたいので申し込みます。ついては、次の者に、私が支給を受けるべき福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任します。

また、福祉用具購入費の支給に関し次の者に通知することに同意します。

受 任 者	事業所の名称	
	事業所の所在地	〒
	電話番号	

上記の申込者(委任者)に対して支給される福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を受任することについては、下記の要件に同意してこれを承諾します。

代表者の  
職・氏名 \_\_\_\_\_

記

- 1 特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具の販売に要した費用については、武蔵村山市が福祉用具購入費として支払う額を除いた額(自己負担額)を被保険者から徴収するものとし、これを減免し、又は超過して徴収しないこと。また、自己負担額を徴収したときは、当該自己負担額に係る領収証を被保険者に発行すること。
- 2 被保険者に代わり福祉用具購入費の支払を受けたときは、被保険者宛ての福祉用具購入費分の領収証を作成し、これを武蔵村山市に提出すること。
- 3 特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の販売にあたり法令等に違反する行為があったとき、又は偽りその他不正の手段により福祉用具購入費の受領に関する権限の委任を受けたときは、受領委任払いの利用の決定を取り消されても異議がないこと。

受領印

(日本産業規格A列4番)

## 介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費申請書（受領委任払い）

		個人番号												
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号					1	3	2	2	3	3	
			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男 ・ 女										
住 所	〒												電話番号	
販売事業者名			事業者番号											
福祉用具名 <small>（種目及び商品名）</small>	製造事業者名		購入金額	購入日										
武蔵村山市長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____														

居宅介護（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。（事前確認申請と変更なし □）

振 込 先	金融機関・支店名		
	預金種別	1 普通	2 当座
	口座番号		
	フリガナ 口座名義		

注意 ・この申請書に、領収書を添付してください。

・福祉用具を本来の使用目的以外で使用し事故がおきたときは、責任を負うことができませんのでおやめください。

保 険 者 確 認 欄				
審査日	年 月 日		申請入力日	年 月 日
添付書類	領 収 書	済 ・ 未	整 理 番 号	
	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5		
審査内容	給付制限	有 ・ 無	決定入力日	年 月 日
	用具の種類		決定通知日	年 月 日
	合計対象金額	円	口座振替依頼日	年 月 日
	合計支給額	( ) × ( ) = 円	備 考	
	支給限度残額	円		
決定日	年 月 日			

# 介 護 保 険 給 付 費 に 関 する 相 続 人 代 表 者 届 出 書

被相続人に係る介護保険給付費の支給申請、支給決定に関する書類及び給付金を受領する代表者として下記のとおり届出します。

武蔵村山市長 様

被相続人	フリガナ			年	月	日
	氏 名			被保険者番号	0	0
				0	0	
			生年月日	年	月	日
死亡年月日			年	月	日	

相続人代表者	フリガナ		
	氏 名	Ⓜ	
	住 所 (送付先)	〒	電話番号 ( )
	生 年 月 日	年	月 日生
	被相続人との続柄		

被相続人に係る介護保険給付費支給額は、次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	種 目	口座番号
	金融機関コード	支店番号	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

なお、この件に関し、いかなる事情が生じても代表である私が責任を持って解決いたします。

また、給付金を返還することとなった場合にも、私の責任において即時に返還いたします。

※ 書き間違えた場合は、二重線で訂正の上、必ず訂正印を押してください。