

(表)

事業所番号

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】

フリガナ			保険者番号			2	9	2	0	4	5
被保険者氏名			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（ ） —										
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5										
有効期間	年 月 日 から 年 月 日										
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名		購入金額		購入日						
①			円		年 月 日						
②			円		年 月 日						
③			円		年 月 日						
①から③ 合計額			円								
介護保険施設 医療機関等入院 入所の有無	無										
	有		施設・医療機関の名称		期間	年 月 日 年 月 日					
天理市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 支給申請日 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 ㊟											
※被保険者本人以外の口座に振り込む場合必ず記入してください。 委任状 上記介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を次の者に委任します。 年 月 日 代理人 住 所 氏 名 被保険者との関係 委任者 住 所 被保険者名 ㊟											

- 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。
 - ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。
 - ・福祉用具の購入先は、都道府県知事の指定を受けた事業所から購入してください。

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。

座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種 目
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

[市 記入欄]

保 険 料 納 付 状 況	未納（無・有） 円
	滞 納 （ 無 ・ 有 ） 円
前回までの費用額	円
前回までの支給額	円
今回購入費用	円
支給対象額	円

(裏)

福祉用具が必要な理由

介護支援事業所

介護支援専門員氏名

㊞

※介護支援専門員がいない場合は、申請書記入者の住所を介護支援事業所欄に、氏名・続柄を介護支援専門員氏名欄に記入してください。

領 収 書 貼 付

種目	腰掛便座 特殊尿器	入浴補助用具（ 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分	）
理由 ①			
種目	腰掛便座 特殊尿器	入浴補助用具（ 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分	）
理由 ②			
種目	腰掛便座 特殊尿器	入浴補助用具（ 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分	）
理由 ③			

(表)

事業所番号

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】

フリガナ			保険者番号			2	9	2	0	4	5
被保険者氏名			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（ ） —								
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5										
有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日										
福 祉 用 具 名 (種目及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名		購入金額		購 入 日						
①			円		年 月 日						
②			円		年 月 日						
③			円		年 月 日						
①から③ 合計額			円								
介護保険施設 医療機関等入院 入 所 の 有 無	無										
	有		施設・医療機関の名称		期間	年 月 日 年 月 日					
天理市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、申請に係る介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領の権限を下記の者に委任します。 支給申請日 年 月 日 申請者（委任者） 住 所 (被保険者) 氏 名 ㊟ 事業者（受任者） 住 所 事業者名 代表者名 ㊟											

注意 ・この申請書に確約書、自己負担分の領収書、事業所の請求書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。

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。

座振込依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本 店 支 店 出張所	種 目
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

[市 記入欄]

保 険 料 納 付 状 況	未納（無・有） 円
	滞 納 （ 無 ・ 有 ） 円
前回までの費用額	円
前回までの支給額	円
今回購入費用	円
支給対象額	円

(裏)

福祉用具が必要な理由

介護支援事業所

介護支援専門員氏名

㊞

※介護支援専門員がいない場合は、申請書記入者の住所を介護支援事業所欄に、氏名・続柄を介護支援専門員氏名欄に記入してください。

領 収 書 貼 付

種目	腰掛便座 特殊尿器	入浴補助用具（ 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分	）
理由 ①			
種目	腰掛便座 特殊尿器	入浴補助用具（ 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分	）
理由 ②			
種目	腰掛便座 特殊尿器	入浴補助用具（ 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分	）
理由 ③			

様式第3号（第6条関係）

請 求 書

年 月 日

天理市長 様

所 在 地	電話番号（ ）
事業者名 代表者氏名 （請求者）	⑩

天理市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いに関する要綱に基づき、介護保険福祉用具購入費を下記のとおり請求します。

【 被保険者氏名 被保険者番号 】

次のとおり福祉用具購入費の支給を請求します。

(単位：円)

費 用 額	自 己 負 担 額	請 求 額	備 考
A	B	A－B	
請 求 額 合 計			

(金額の前に¥マークを記載してください。)

次に指定する金融機関の口座へ振り込んでください。

振込先金融機関名 支店名	銀行/信用金庫/農協/信用組合 本店/支店/出張所		
種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

様式第2号（第6条関係）

天理市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い取扱確約書

年 月 日

天理市長 様

（事業者）

所 在 地

事 業 者 名

代表者氏名

⑩

被保険者 _____ 様（以下「甲」という。）の天理市介護保険制度における福祉用具購入費の支給について、受領委任払いの取扱いを申し出るに当たり、天理市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払いに関する要綱（以下「実施要綱」という。）の規定及び下記の事項を遵守することを確約します。

記

（基本事項）

- 1 厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る特定福祉用具の種目及び厚生労働大臣が定める特定介護予防福祉用具販売に係る特定介護予防福祉用具の種目（平成11年厚生労働省告示第94号）に定める特定福祉用具（以下「特定福祉用具」という。）の販売に関しては、関係法令、通達、天理市の条例、規則及び実施要綱等を遵守すること。
- 2 甲が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の状況・希望及びその周辺環境を踏まえた福祉用具販売計画を作成し、適切な福祉用具を販売すること。また、当該特定福祉用具の機能、取扱方法、費用等について甲に対し販売前に十分な説明を行うこと。
- 3 特定福祉用具販売に当たっては、天理市、居宅介護支援事業者、天理市地域包括支援センター、居宅介護サービス事業者、保険医療サービス提供者、福祉サービス提供者との連携に努めること。

（自己負担分の受領等）

- 4 福祉用具購入費については、保険給付分を除いた自己負担額の支払いを甲から受けるものとし、これを減免し、又は超過して費用を徴収しないこと。また、自己負担額の支払いを受けたときは、甲に自己負担額分の領収書を発行すること。

（保険給付の請求）

- 5 受領委任払いにより保険給付される部分の金額については、実施要綱第6条に定める書類等に不備がないかを確認したうえ、天理市長に請求すること

。また、請求に当たって保険給付外の費用を請求しないこと。

(記録の整備)

- 6 特定福祉用具に関する記録を整備し、特定福祉用具の販売の日から2年間保存すること。

(通知)

- 7 甲が、詐欺その他不正な行為により、保険給付を受け、又は受けようとしたときには、遅延なくその旨を天理市長に通知すること。

(指導、調査等)

- 8 天理市長が必要と認める指導又は調査を行い、帳簿及び書類を検査し、説明を求め、又は警告を行った場合には、これに応じること。

- 9 関係法令、通達、天理市の条例、規則若しくは実施要綱又はこの遵守事項に違反し、その是正等について天理市長から指導を受けたときは、直ちにこれに従うこと。

(苦情処理等)

- 10 甲から苦情又は相談があった場合において、甲の状況を詳細に把握する必要があるときは、状況の聞き取りのために訪問し、事情の確認を行うこと。
また、苦情に対しては甲の立場を考慮しながら、円滑かつ迅速に苦情処理を行うこと。その他、当事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法を検討し、対処すること。

(秘密保持)

- 11 事業所の職員は、職務上知り得た甲及びその家族の秘密を保持すること。
また、職員であった者に、職務上知り得た甲及びその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とすること。

◎申請に必要な書類

提出書類	内容
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】 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】	・ 被保険者証、領収証、パンフレットなどを確認して記載して下さい。 ・ 「福祉用具が必要である理由」を購入した福祉用具ごとに記載して下さい。 ・ 複数購入分の金額が記載されている場合は個々の価格の内訳を記載して下さい。
2. 領収書（原本・被保険者名） ※原本を確認した場合、写しでも可能。	・ 販売事業者が発行したもので、購入年月日がわかるもの。
3. パンフレットなど（コピー可）	・ 福祉用具の概要（製造業者・価格・商品名・商品の写真等）が記載されているもの。 ※オーダー品の場合、購入金額の根拠となる見積書も必要になります。
4. 福祉用具サービス計画書（写）	・ 利用者の基本情報（氏名・性別・年齢・要介護度等）・福祉用具が必要な理由・福祉用具の利用目標・福祉用具の機種を選定した理由・福祉用具の利用に関する留意事項が記載されているもの。
5. 【受領委任払いを希望される場合】 天理市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い取扱確約書	・ 販売事業者の所在地・事業者名・代表者氏名の記載と押印をして下さい。 ・ 利用者の被保険者氏名を記載して下さい。
6. 【受領委任払いを希望される場合】 販売事業者の請求書	・ 販売事業者の所在地・事業者名・代表者氏名の記載と押印をして下さい。 ・ 福祉用具購入の費用額・自己負担額・請求額と振込先の指定口座を記載して下さい。
7. 販売事業者が指定を受けていることが確認できる書類（写）	・ 奈良県外の指定事業者で購入した場合

◎福祉用具購入費の支給について

●給付対象者●

要介護または要支援認定を受けている被保険者
（認定申請の結果、非該当（自立判定）の方は給付を受けられません。）

●福祉用具購入費の支給限度基準額●

介護度状態区分にかかわらず、同一年度内（毎年4月1日から翌年3月31日の一年間）で総額10万円。（保険給付は、9万円）

※購入できる種目は原則として、同一年度内は1種1回限りです。

(例)購入費用(上限 10 万円)×0.9(保険給付率)=支給額

※ただし、保険料未納による「給付制限」の期間中は、保険給付率が 100 分の 70(7 割支給)となり給付額が減額されます。

●福祉用具購入費の支給●

【受領委任払いを希望される場合】福祉用具購入支給限度基準額内でかかった費用の 9 割を後日、販売事業者へ支給します。

【償還払いを希望される場合】福祉用具購入支給限度基準額内でかかった費用の 9 割を後日、利用者に支給します。

●支給対象の福祉用具内容●

1	腰掛便座	・和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの ・洋式便器の上に置いて高さを補うもの ・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 ・便器、バケツ等からなり、移動可能である便器(ポータブルトイレなど) ・便座の底上げ部材
2	特殊尿器(自動排泄処理装置の交換可能部品) ※自動排泄処理装置(本体)は福祉用具貸与種目に追加	・次の要件をすべて満たすもの (1) レシーバー、チューブ、タンク等のうち、尿や便の経路になるもの (2) 要介護者や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	・入浴用いす ・浴槽用手すり ・浴槽内いす ・入浴台 ・浴室内すのこ ・浴槽内すのこ ・入浴用介助ベルト(体に直接巻きつけて使用するもの)
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

●福祉用具購入費の支給対象外(全額自己負担になる場合)●

- ・すでに支給限度基準額の 10 万円を使用されている場合。
- ・福祉用具購入対象外の購入費用分。
- ・都道府県指定の事業所から購入していない場合
- ・入院中に退院後のために購入した場合(ただし、退院日の購入は支給対象)

福祉用具購入費支給の流れ（受領委任払い）

① 福祉用具購入を希望する方は、担当のケアマネジャーに相談します。その際に受領委任払いで購入したいことを伝えます。

② ケアマネジャーは、利用者の身体の状態等に応じた福祉用具を選択します。

「受領委任払い」を希望されたら、購入前に必ず市に相談してください。被保険者の自己負担分が年間限度額を超えていないかを確認してから、購入をするようにしてください。

※同時期に複数の福祉用具を購入し、受領委任払いと償還払いが混在する等通常の流れと違う事例の場合は個々に市と相談の上、受領委任払いを進めてください。

③ 利用者は、県が指定する「特定福祉用具販売業者」に受領委任払いにより購入したいことを伝え、同意を得てから購入します。販売事業者で購入費（支給限度額：10万円／年度）の1割を支払い、領収書を受け取ります。

④ 申請書を市に提出します。（償還払いと申請書が違うので注意）

- ・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】
- ・福祉用具が必要な理由を記載した書類
- ・福祉用具のパフレット等
- ・天理市介護保険福祉用具購入費の支給に係る受領委任払い取扱確約書
- ・申請者自己負担分の領収書（介護保険適用額の100分の10を含む額）
- ・販売事業者の請求書（介護保険適用額の100分の90）

⑤ 市は、申請書を審査し、支給又は不支給を決定し、その結果を申請者及び販売事業者へ通知します。購入費の保険給付分については、販売事業者の口座に振り込みます。