

## 福祉用具購入費の支給について

### 対象者・支給額

- ・ 要介護・支援認定で要介護または要支援と認定された者
- ・ 支給限度基準額は10万円で、改修費用の9割（9万円限度）を支給します。
- ・ 毎年度4月1日から3月31日までに購入された分について支給します。

### 申請に必要な書類

- ・ 介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費申請書（様式1）
- ・ 請求書（大磯町様式） 請求金額欄は購入費用の9割分になりますので記載しないで下さい。
- ・ 福祉用具が必要な理由書（様式2） ケアマネジャーが記載する
- ・ 福祉用具購入に要した費用にかかる領収書
- ・ 購入した用具のパンフレット等

### 特定福祉用具の種類

- ・ 腰掛け便座
- ・ 特殊尿器（ポータブルトイレ）
- ・ 入浴補助用具（入浴いす、浴槽手すり、浴槽内いす、入浴台、浴槽（室）内すのこ）
- ・ 簡易浴槽
- ・ 移動用リフトのつり具部分

### 参考

### 福祉用具の貸与について

介護サービス計画を作成し、貸与に要する費用の1割を自己負担とします。）

#### 福祉用具の種類

車いす（付属品・クッション、パット、電動補助装置、テーブル、ブレーキ）  
特殊寝台（付属品・サイドレール、マットレス、ベッド用手すり、テーブル）  
床ずれ予防用具  
体位変換器  
手すり  
スロープ  
歩行器  
歩行補助つえ  
認知症老人徘徊感知器  
移動用リフト

平成18年4月から、要支援1・2、要介護1の方については～、～は特別な事情がない限り貸与することはできません。詳細は担当のケアマネジャーにご相談ください。

## 介護保険特定（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		1	4	3	4	1	2
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
要介護度区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5								
認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
住所	〒 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名 販売業者名	購入金額	購入年月日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
<p>大磯町長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて特定（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>									

申請書を提出の際は、領収書及び介護支援専門員等が作成した福祉用具が必要と認められる理由を記載した書類、福祉用具のパンフレットを添付してください。

福祉用具が必要な理由書は、個々の用具ごとに必要性がわかるように記載してください。

福祉用具の販売には、介護保険事業所としての登録が必要です。購入の際は、販売店へご確認ください。

申請書類のチェック（市町村記入欄）

申請書

福祉用具が必要な理由書

領収書

カタログ等の写し

請求書

受付印

# 福祉用具購入が必要である理由書

作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 1 被保険者

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

## 2 理由書作成者

### (1) 作成者が居宅介護支援専門員の場合

事業者番号		居宅介護支援事業者名	
介護支援専門員氏名		連絡先	

### (2) 作成者が居宅介護支援専門員以外の場合

作成者氏名		作成者住所	
連絡先		被保険者との関係	

## 3 福祉用具購入の状況（該当する番号に 印を記入）

1 同一限度額管理期間において、同一の特定（介護予防）福祉用具の購入がない場合
2 同一限度額管理期間において、同一の特定（介護予防）福祉用具の購入実績があるが、破損・紛失により、再度の購入が必要な場合
3 同一限度額管理期間において、同一の特定（介護予防）福祉用具の購入実績があるが、要介護状態区分が著しく高くなったため、再度の購入が必要な場合

## 4 福祉用具購入が必要な理由


3で1に該当する場合 福祉用具の購入は、介護保険法施行規則第70条及び第89条により、被保険者の日常生活の自立を助けるために必要な場合、支給することとされているため、被保険者の日常生活上の必要性という視点で、簡潔に理由を記入してください。

3で2に該当する場合 破損・紛失等の再度購入が必要となった状況について、簡潔に記入してください。

3で3に該当する場合 当初の購入日時点の要介護状態区分及び再度の購入日時点の要介護状態区分、要介護状態区分が高くなったため、再度購入が必要となる理由について、簡潔に記入してください。

請 求 書

平成 年 月 日

大磯町長 殿

住 所 大磯町

氏 名

電 話 ( ) -

金 円

ただし、特定（介護予防）福祉用具購入費として

振 込 先

金 融 機 関		預 金 種 目
銀行 信用金庫 農業協同組合		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ( )
口座番号	口座名義	
	フリガナ	