

介護保険福祉用具購入費 支給申請の手引

墨田区福祉保健部介護保険課
給付・事業者担当

在宅で介護を必要とされる方が、入浴や排せつなどに用いる一定の基準を満たした福祉用具（以下、「特定福祉用具」という。）を、都道府県の指定を受けた事業者から購入した場合、購入費の一部を支給します。通信販売で購入した場合は対象となりません。

1 利用できる方

墨田区で介護保険の認定（要支援・要介護認定）を受けており、在宅で生活されている方。

2 特定福祉用具の購入品目

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（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、チューナー、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方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。
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方に通知するもの。
入浴補助用具	座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。 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座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つ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
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

3 特定福祉用具の購入又は貸与

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に限る。 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で、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。 また、住環境から複数個数の利用も想定されるため、複数個の利用を可とする。
歩行器	歩行が困難な方の歩行機能を補う機能、及び移動時に体重を支える構造のものであって、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。 脚部が全て枝先ゴム等の形状である固定式または交互式の歩行器で、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、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

注意点

（１）福祉用具購入対象者の判断

利用にあたっては、利用者等の意思決定に基づき、購入又は貸与を選択できるとし、ケアマネジャー、福祉用具専門相談員は、そのことについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び主治医や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行ってください。

（２）部品交換について

墨田区では介護保険法施行規則第70条第2項において「購入した用品が破損した場合、介護の必要の程度が著しく高くなった場合」は再購入を認めるとしていることから、歩行器及び歩行補助つえの福祉用具のゴムカバーの交換は部品交換として認めますので、状況報告書に写真を添付して申請してください。

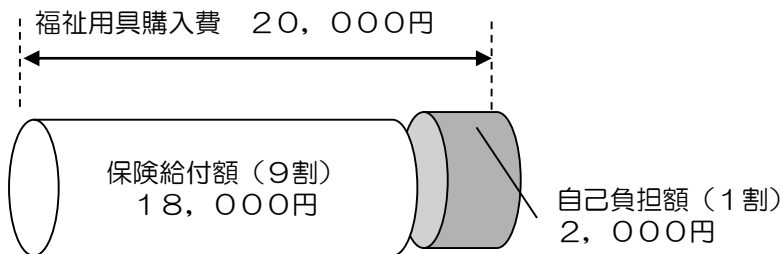
4 特定福祉用具購入費の給付額

要介護状態区分にかかわらず、年間（4月～翌年3月までの1年間）10万円を限度に購入費用の7～9割に相当する額の給付を受けることができます。

なお、同一種目の特定福祉用具を2つ以上購入することはできません。（ただし、破損や身体状況の変化などで購入した特定福祉用具が使用できない状況を除きます。）また製品の構造上、部品交換がなされることが前提になっている部品について、交換する必要性がある場合、部品の購入費用も給付の対象となります。

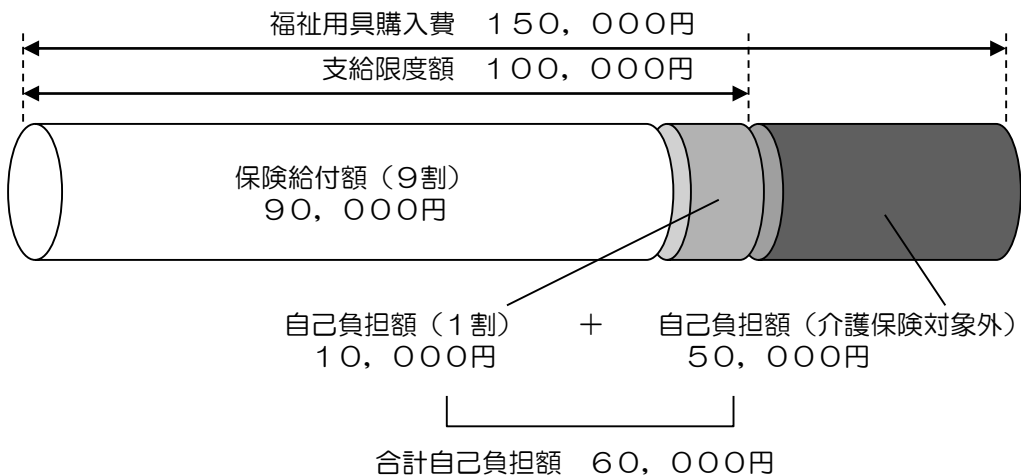
例1 20,000円の福祉用具を購入した場合（1割負担の方）

→18,000円が給付され、2,000円が自己負担分です。

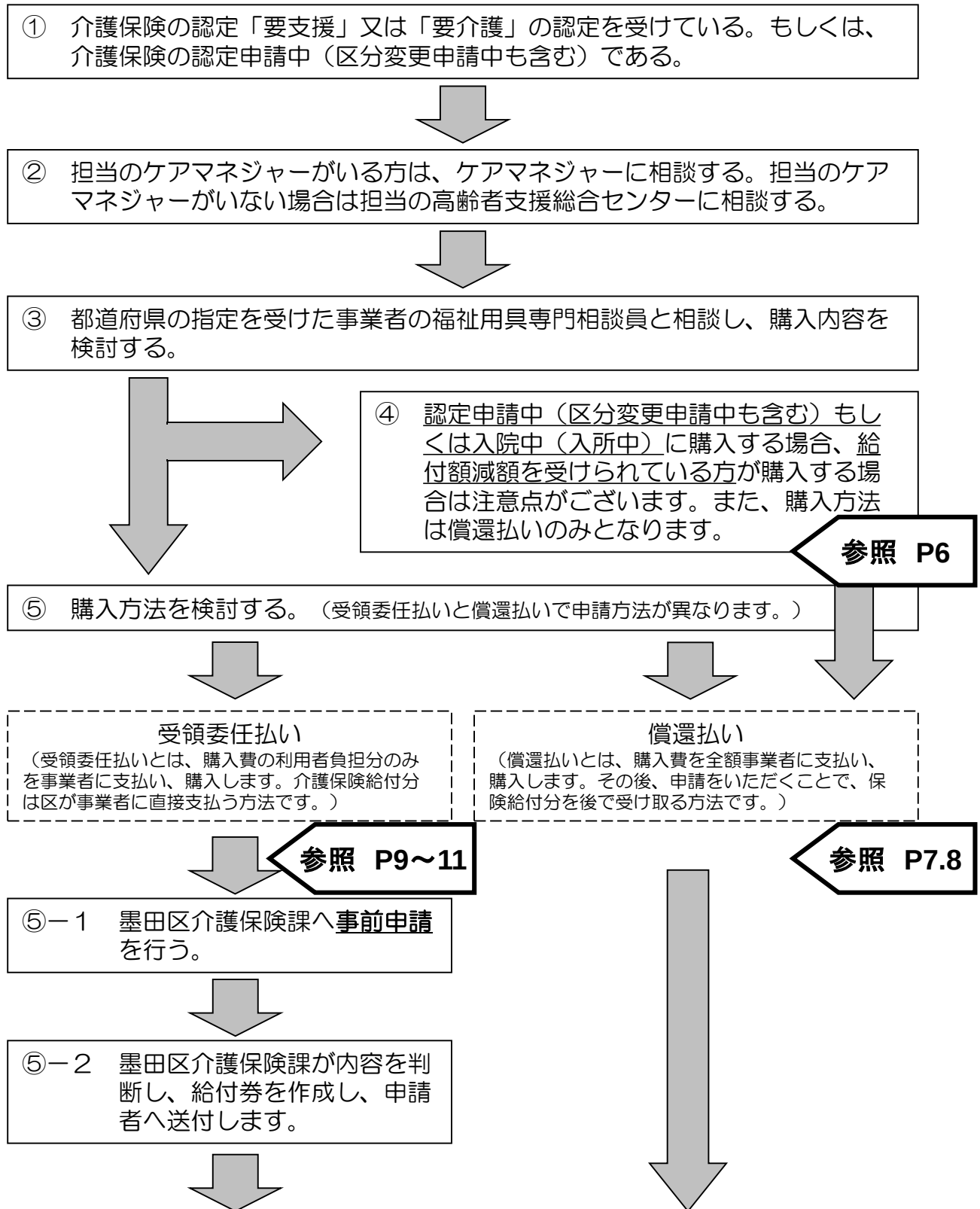


例2 150,000円の福祉用具を購入した場合（1割負担の方）

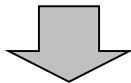
→90,000円が給付され、60,000円が自己負担分です。



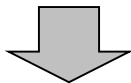
5 福祉用具購入費支給申請の流れ



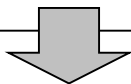
- ⑥ 福祉用具販売事業者へ購入費を支払い（受領委任払いの場合は給付券を渡し、利用者負担分を支払う。）福祉用具を購入する。



- ⑦ 福祉用具購入費支給申請を行う。（受領委任払いの場合は、福祉用具販売事業者が給付券と請求書を提出する。）
認定申請中（区分変更申請中も含む）に購入した場合は、介護保険の認定結果が出てから申請する。
入院中（入所中）に購入した場合は、退院（退所）後に申請する。



- ⑧ 区が提出書類の内容を審査します。審査後、指定の口座に振り込みます。支給申請後、不備等がなければ、およそ一ヵ月前後で入金いたします。（受領委任払いの場合は、自己負担額を引いた額を区が福祉用具販売事業者へ入金いたします。）



- ⑨ 支給金額が確定し、入金後、支給決定通知書を申請者へ送付いたします。

6 認定申請中（区分変更申請を含む）に購入する場合の注意点

- （１）介護保険の認定を受けていない方は、購入前に必ず、介護保険の認定申請を行ってください。（認定申請日以前に購入してしまうと、介護保険の給付対象となりません。）
- （２）認定申請（区分変更申請を含む）の結果が「非該当」と判定されると、介護保険の給付対象とならず、購入費全額を自己負担していただくことになります。
（販売事業者はこのことを説明してから販売を行ってください。）
- （３）償還払いのみの申請方法となります。（受領委任払いはご利用になれません。）
- （４）介護保険の認定の結果が決定した後に、介護保険課へ支給申請を行ってください。

7 入院中（入所中）に購入する場合の注意点

- （１）入院中（入所中）に死亡し、自宅で利用が出来なかった場合は介護保険の給付対象とならず、購入費全額を自己負担していただくことになります。
（販売事業者はこのことを説明してから販売を行ってください。）
- （２）償還払いのみの申請方法となります。（受領委任払いはご利用になれません。）
- （３）退院（退所）後、福祉用具を利用した後に、介護保険課へ支給申請を行ってください。

8 給付額減額を受けられている場合の注意点

- （１）給付額減額期間に購入した場合は、１０万円を限度に６割～７割に相当する額が給付されます。
（販売事業者はこのことを説明してから販売を行ってください。）
- （２）償還払いのみの申請方法となります。（受領委任払いはご利用になれません。）

9 償還払いの申請書類について

必要な書類		
(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	◀ 記入例 P13
(2)	領収書	
(3)	福祉用具のパフレット	
場合により必要な書類		
(4)	特定福祉用具状況報告書	◀ 記入例 P22
(5)	委任状	◀ 記入例 P14.15
(6)	届出書	◀ 記入例 P16.17

注意点

(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

- ・申請者（被保険者）の欄は被保険者本人の住所、氏名を記入ください。本人が死亡している場合は給付を受けられる家族の住所、氏名を記入ください。
- ・口座振替依頼欄は窓口払いを希望される場合は記入しないでください。受け取られる方が被保険者本人以外の場合も記入しないでください。
- ・書き損じが生じた場合は、申請書に用いた申請者の印鑑で、書き損じた箇所に訂正印を押印ください。

(2) 領収書

- ・宛名が被保険者本人の領収書が必要になります。
- ・複数購入した場合は、内訳を記載してください。
- ・墨田区介護保険課で原本とコピーを確認しますので、申請時に原本とコピーを添付してください。確認後、原本をお返しします。
郵送で申請する場合は、原本とコピーをお送りください。原本はお返ししますので、返信用の封筒に切手を貼って同封してください。

（３）福祉用具のパンフレット

- ・パンフレットの該当する商品にしるしをつけてください。
- ・すのこの場合は、見積書に分割数を図面に分割数及びサイズを明記してください。
- ・スロープの場合は、設置場所がわかるように平面図を添付してください。

（４）特定福祉用具状況報告書

- ・以前にも福祉用具を購入しており、同じ種類の福祉用具を再度購入する場合に必要になります。
- ・部品購入の場合も必要になります。

（歩行器及び歩行補助つえの福祉用具のゴムカバーの交換を含む）

（５）委任状

- ・被保険者本人以外の方の口座へお振込を希望される場合に必要になります。

（６）届出書

- ・被保険者本人が死亡し、家族が支給申請を行う場合に必要になります。

10 受領委任払いの事前申請書類について

必要な書類		
(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 （受領委任払い用）	記入例 P18
(2)	見積書	
(3)	福祉用具のパンフレット	
場合により必要な書類		
(4)	特定福祉用具状況報告書	記入例 P22

注意点

- (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
（受領委任払い用）

- ・表と裏があります。必ず両面印字された申請書を利用ください。
- ・受任者の印鑑は、社判ではなく代表者印を押印ください。
- ・受任者の代表者名は氏名の前に役職名（代表取締役など）を記載ください。ない場合は不要です。
- ・書き損じが生じた場合は、申請書に用いた申請者の印鑑で、書き損じた箇所に訂正印を押印ください。ただし、「受任承諾書（兼確約同意書）」欄は福祉用具販売事業者の代表者印で訂正ください。
- ・申請後に、区から交付する給付券は原則、現住所に送付しています。現住所以外に送付を希望する場合はご連絡ください。

- (2) 見積書

- ・宛名が被保険者本人の見積書が必要になります。
- ・複数購入した場合は、内訳を記載してください。
- ・見積書に有効期限がある場合は、必ず有効期限内に申請ください。

(3) 福祉用具のパフレット

- ・パフレットの該当する商品にしるしをつけてください。
- ・すのこの場合は、見積書に分割数を図面に分割数及びサイズを明記してください。
- ・スロープの場合は、設置場所がわかるように平面図を添付してください。

(4) 特定福祉用具状況報告書

- ・以前にも福祉用具を購入しており、同じ種類の福祉用具を再度、購入する場合に必要になります。
 - ・部品購入の場合も必要になります。
- (歩行器及び歩行補助つえの福祉用具のゴムカバーの交換を含む)

(5) その他

- ・給付券を紛失や汚損した場合は、再交付申請書を記入し、再申請を行います。再申請書に押印する印鑑は、当初の申請時と同一印です。区役所窓口へ提出し、その場で給付券の再発行をします。
- ・購入内容に変更がある場合は、先の申請書を一度取り下げ（給付券の回収）をして、新しい内容で申請します。

記入例 P21

1 1 受領委任払いの事後申請書類について

※事後申請は事業者の請求書が必要になるため、販売事業者が行います。

必要な書類		
(1)	介護保険特定福祉用具販売に係る請求書	記入例 P20
(2)	介護保険福祉用具購入費給付券	記入例 P19
場合により必要な書類		
(3)	変更届	

注意点

(1) 介護保険特定福祉用具販売に係る請求書

- ・所在地、事業者名、代表者氏名には、申請書の受任者欄に記載した内容と同じ内容を記載ください。印鑑は社判ではなく、代表者印を押印ください。
- ・請求金額は給付券に記載された支給予定金額を記入ください。
- ・請求書の書き損じは、会計管理室が認めていないため正しいもので提出してください。

(2) 介護保険福祉用具購入費給付券

- ・納品し、領収書を発行した日の日付と被保険者氏名を記入していただき、申請書に用いた印鑑を押印していただきます。

(3) 変更届及び口座振替依頼書

- ・事前申請時と事後申請の間で、事業所の内容（所在地や代表取締役など）に変更があった場合に必要になります。

申請書等記入例

【記入例】介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※本人が健在で本人口座に給付を受ける場合

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	スミダ タロウ		保険者番号	1 3 1 0 7 8									
被保険者氏名	墨田 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月 ○日												
住 所	〒 131-0001 東京都墨田区吾妻橋1-23-20 電話番号 03-5608-1111												

特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購 入 金 額	購 入 日 (領収書発行日)
〇〇すのこ	〇〇製作所	60,000	〇〇年 〇月 〇日
〇〇シャワーチェア	〇〇ケア	23,000	〇〇年 〇月 〇日
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000	複数購入した場合それぞれの金額を記載してください。
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000	
			年 月 日

特定福祉用具
必要理由

△△(疾患名など)のため、入浴の際に段差を乗り越えることが困難である。洗身時の体勢を保持するのが困難になっている。段差を解消するために〇〇すのこを購入した。洗身時の体勢を保持するため〇〇シャワーチェアを購入した。室内に段差が多いため転倒をしようため、〇〇スロープを購入した。
理由を記載する場合は出来るだけ詳細にお書きください。書ききれない場合は別紙に書いていただいても構いません。)

スロープ及び杖を複数購入の場合はそれぞれ1行ずつ記載してください。

特定福祉用具販売事業者番号 1 3 1 0 0 0 0 0 0 1

墨田 区 長 あて

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。
なお、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。

〇〇年 〇月 〇日

住所 東京都墨田区吾妻橋1-23-20

申請者
(被保険者)

氏名 墨田 太郎

電話番号 03-5608-1111

口座振替依頼欄	墨田	銀行 信用金庫 信用組合	向島	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		普通預金	7 6 5 4 3 2 1
	フリガナ				当座預金	
	口座名義人				貯蓄預金	
					スミダ タロウ	
					墨田 太郎	

金融機関コードと店舗コードはわからなければ記入は不要です。

注意
・この申請書に添えて、領収書及び特定福祉用具のパフレット等を添付してください。
・「特定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。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

【記入例】介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※本人が健在で本人以外の口座に給付を受ける場合（委任状が必要な場合）

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	スミダ タロウ	保険者番号				1	3	1	0	7	8	
被保険者氏名	墨田 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月 ○日											
住 所	〒 131-0001 東京都墨田区吾妻橋1-23-20 電話番号 03-5608-1111											

特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購 入 金 額	購 入 日(領収書発行日)
〇〇すのこ	〇〇製作所	60,000	〇〇年 〇月 〇日
〇〇シャワーチェア	〇〇ケア	23,000	〇〇年 〇月 〇日
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000	
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000	

複数購入した場合はそれぞれの金額を記載してください。

スロープ及び杖を複数購入の場合はそれぞれ1行ずつ記載してください。

△△(疾患名など)のため、入浴の際に段差を乗り越えることが困難である。洗身時の体勢を保持するのが困難になっている。段差を解消するために〇〇すのこを購入。洗身時の体勢を保持するため〇〇シャワーチェアを購入した。室内に段差が多割をしてしまうため、〇〇スロープを購入した。
日を記載する場合は出来るだけ詳細にお書きください。書ききれない場合は別紙に書いていただいても構いません。)

特定福祉用具販売事業者番号 1 3 1 0 0 0 0 0 0 1

墨田 区 長 あて

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。
なお、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。

平成○○年 ○月 ○日

住所 東京都墨田区吾妻橋1-23-20

申請者
(被保険者)

氏名 墨田 太郎

電話番号 03-5608-1111

口座振替依頼欄	銀行	本店	種 目
	信用金庫	支店	
	信用組合	出張所	普通預金
	金融機関コード	店舗コード	当座預金
			貯蓄預金
フリガナ			
口座名義人			

こちらは記入不要です。

- 注意
- この申請書に添えて、領収書及び特定福祉用具のパフレット等を添付してください。
 - 「特定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。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

【記入例】委任状

※本人が健在で本人以外の口座に給付を受ける場合（委任状が必要な場合）

委 任 状

受任者 住所 東京都墨田区〇〇 3-3-3

氏名 墨田 花子

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

受任者は給付を受ける方の住所、氏名を記載してください。

記

- ☐ 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する事
- ☒ 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する事
- ☐ 介護保険居宅介護（介護予防）サービス費の受領に関する事
- ☐ 介護保険高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する事
- ☐ 介護保険高額医療合算介護（介護予防）サービス費の受領に関する事
- ☐ 介護保険の受領に関する事

福祉用具購入費にしるしをお付けください。

〇〇年 〇月 〇日

委任者 住所 東京都墨田区吾妻橋 1-23-20

氏名 墨田 太郎

受任者使用印鑑は給付を受ける方の印鑑を押印ください。被保険者本人の印鑑とは別の印鑑を押印ください。

受任者使用印鑑

墨田

委任者は被保険者本人の住所、氏名をお書きください。印鑑は申請書に使用した印鑑と同じもので押印ください。

支払金口座振替依頼書

振込先 金融 機関	銀行			本店
	墨田	信用金庫	向島	支店
振込 口座	預金 種別	普通	口座 番号	9 8 7 6 5 4 3
		当座 貯蓄		
	(フリガナ) スミダ ハナコ			
	(口座名義人) 墨田 花子			

請求金額は

印鑑は受任者使用印鑑と同じ印を押印ください。

墨田区長 あて

依頼人住所 東京都墨田区〇〇 3-3-3

氏名 墨田 花子

【記入例】介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

※本人が死亡し、家族が給付を受ける場合（届出書が必要な場合）

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	スミダ タロウ	保険者番号	1	3	1	0	7	8				
被保険者氏名	墨田 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・ 昭 ○○年 ○月 ○日											
住 所	〒 131-0001 東京都墨田区吾妻橋1-23-20 電話番号 03-5608-1111											

特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購 入 金 額	購 入 日 (領収書発行日)
○○すのこ	○○製作所	60,000	○○年 ○月 ○日
○○シャワーチェア	○○ケア	23,000	○○年 ○月 ○日
○○スロープ	○○製作所	8,000	年 月 日
○○スロープ	○○製作所	8,000	年 月 日

複数購入した場合はそれぞれの金額を記載してください。

特定福祉用

△△(疾患名など)のため、入浴の際に段差を乗り越えることが困難である。洗身時の体勢を保持するのが困難になっている。段差を解消するために○○すのこを購入した。洗身時の体勢を保持するため○○シャワーチェアを購入した。室内に段差が多転倒をしてしまうため、○○スロープを購入した。
理由を記載する場合は出来るだけ詳細にお書きください。書ききれない場合は別紙用いていただいても構いません。

スロープ及び杖を複数購入の場合はそれぞれ1行ずつ記載してください。

特定福祉用具販売事業者番号 1 3 1 0 0 0 0 0 0 1

墨田 区 長 あて

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
なお、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

申請者は家族の住所、氏名を記入し、家族の印鑑を押印します。

平成○○年 ○月 ○日

住所 東京都墨田区○○1-1-1

申請者
(被保険者)

氏名 墨田 一郎

電話番号 03-5608-1111

口座振替依頼欄	墨田 銀行	向島 本店	種 目
	信用金庫 信用組合	支店 出張所	普通預金
	金融機関コード	店舗コード	当座預金 貯蓄預金
	1 2 3 4	1 1 1	1 1 1 1 1 1
フリガナ	スミダ イチロウ		
口座名義人	墨田 一郎		

こちらに家族口座を記入し、届出書を添付します。

金融機関コードと店舗コードはわからなければ記入は不要です。

書に添えて、領収書及び特定福祉用具のパンフレット等を添付してください。
「上用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

【記入例】届出書

※本人が死亡し、家族が給付を受ける場合（届出書が必要な場合）

平成〇〇年 〇月 〇日

届 出 書

墨田区長 あて

申請代表者 住所 東京都墨田区〇〇1-1-1

氏名 墨田 一郎

被保険者との続柄 実弟

私は、下記の被保険者の介護保険法で定める

- ☐ 居宅介護（介護予防）サービス費
- ☐ 特例居宅介護（介護予防）サービス費
- ☐ 地域密着型介護（介護予防）サービス費
- ☐ 特例地域密着型介護（介護予防）サービス費
- ☐ 居宅介護（介護予防）住宅改修費
- ☒ 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
- ☐ 居宅介護（介護予防）サービス計画費
- ☐ 居宅介護（介護予防）サービス計画費
- ☐ 高額介護（介護予防）サービス費
- ☐ 介護保険料還付金
- ☐ 高額医療合算介護（介護予防）サービス費
- ☐

福祉用具購入費にしろしをお付けください。

申請代表者には家族の内容を記入し、印鑑は申請書に使った印鑑で押印ください。

家族の名前と申請書に使った印鑑で押印ください。

被保険者欄は死亡した被保険者本人の内容をお書きください。

家族の名前と申請書に使った印鑑で押印ください。

なお、民法上の正式な相続人から請求があった場合、私が受領した上記の介護保険給付費等について、区へ返還します。

氏名 墨田 一郎

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	スミダ タロウ									
氏 名	墨田 太郎									
住 所	東京都墨田区吾妻橋1-23-20									
死亡年月日	平成〇〇年 〇月 〇日									

【記入例】介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

第1号様式（表）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ	スミダ タロウ		保険者番号	1 3 1 0 7 8									
被保険者氏名	墨田 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日												
住 所	〒 131-0001 東京都墨田区吾妻橋1-23-20 電話番号 03-5608-1111												
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造事業者名	購入金額	購入予定日										
〇〇すのこ	〇〇製作所	60,000	年 月 日										
〇〇シャワーチェア	〇〇ケア	23,000	年 月 日										
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000	年 月 日										
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000	年 月 日										
福祉用具が必要な理由	△△（疾患名など）のため、入浴の際に段差を乗り越えることが困難である。保持するのが困難になっている。段差を解消するために〇〇すのこを購入し、保持するため〇〇シャワーチェアを購入する。室内に段差が多く転倒をし、スロープを購入した。（理由を記載する場合は出来るだけ詳細にお書きください。別紙を用いていただいても構いません。）												

購入予定日が未定の場合は記入しません。

複数購入した場合はそれぞれの金額を記載ください。

スロープ及び杖を複数購入の場合は、それぞれ1行ずつ記載してください。

長あて
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。
上記の保険給付費の請求及び受領を下記の者に委任します。
〇〇年 〇月 〇日

住所 東京都墨田区吾妻橋1-23-20
申請者（委任者）
（被保険者）
氏名 墨田 太郎
電話番号 03-5608-1111

受任承諾書（兼確約同意書）

〇〇年 〇月 〇日

上記内容について受任いたします。
また、販売にあたっては、裏面確約書の内容を遵守することに同意します。
受任者（特定福祉用具販売事業者）

所在地 東京都墨田区〇〇1-1-1
電話番号
事業者名（受任者） 株式会社 墨田区役所
代表者名 代表取締役 向島 一男
電話番号 1 3 1 0 0 0 0 0 0 1

別添見積書のとおり特定福祉用具を購入すること、及び変更のある場合は新たに福祉用具購入費の支給申請を行うことを誓約します。

〇〇年 〇月 〇日
被保険者氏名 墨田 太郎

裏面のある様式なので必ず裏面も印字してください。

- 注意
- この申請書に、購入予定の福祉用具のパンフレット及び見積書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。欄内に記入が困難な場合は、別紙に記入し添付してください。

【記入例】介護保険福祉用具購入費給付券

第2号様式

介護保険福祉用具購入費給付券

発行年月日 ○○年 ○月 ○日

被保険者氏名	墨田 太郎	発行番号	○○墨福介福第○○号									
		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
事業者	名称	株式会社 墨田区役所										
	所在地	東京都墨田区○○1-1-1										
	電話番号	03-5608-6149										
給付券有効期限	発行の日から60日間(購入期限)											

福祉用具名等	購入金額	支給予定金額
○○すのこ	60,000 円	円
○○シャワーチェア	23,000 円	円
○○スロープ	8,000 円	円
○○スロープ	8,000 円	円
合 計	99,000 円	89,100 円

被保険者負担額	介護保険内自己負担額(1割)	9,900 円
	介護保険外自己負担額	0 円

発行者	墨田区長 ○○ ○○	印
-----	------------	---

問合せ先	墨田区役所福祉保健部介護保険課給付・事業者担当 〒130-8640 東京都墨田区吾妻橋1-23-20 電話番号(03)5608-6149(直通)
------	--

備考	本件と引き換えに上記の福祉用具を購入してください。 その際、記載された被保険者負担額を事業者にお支払いください。 上記の支給予定金額は、本券と引き換えに、本券に記載の福祉用具の購入が行われ、事業者の請求により、その福祉用具の購入を確認したときに、支給決定される金額です。 給付券を不正に使用した場合は、費用の全額又は費用の一部を返還していただくことがあります。 事業者、品目及び価格等を変更したとき又は給付券の有効期限が過ぎたときは、再度申請を行ってください。 被保険者の資格が喪失したときは、この給付券は無効となります。 事業者は、この給付券を添えて、保険給付費の請求を行ってください。
----	---

購入した日付を記入ください。

申請書に使用した印鑑で押印ください。

福祉用具を購入し、購入代金の1割相当分の金額を支払い、これに係る領収書の交付を受けました。

○○年 ○月 ○日

被保険者氏名 墨田 太郎



【記入例】介護保険特定福祉用具販売に係る請求書

第4号様式

介護保険特定福祉用具販売に係る請求書

〇〇 年 〇月 〇日

墨田区長 あて

所在地

東京都墨田区〇〇1-1-1

事業者名

株式会社 墨田区役所

代表者氏名

代表取締役 向島 一男



墨田 太郎

様 (被保険者番号)

0 0 0 0 1 2 3 4 5

に対して、

特定福祉用具等を販売したので、下記の金額を請求します。

申請書に記載した内容と相違がないように記載ください。

給付券に記載されている支給予定金額を記入ください。

89,100

円

なお、上記の金額を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行	本店	種 目	口座番号
	墨田 信用金庫	向島 支店	普通預金	
	信用組合	出張所	当座預金	3 3 3 3 3 3 3
	金融機関コード	店舗コード	貯蓄預金	
フリガナ		カ)スミダクヤクシヨ		
口座名義人		株式会社 墨田区役所		

区に口座登録している場合は、記載を省略できます。口座内容を正しく記入ください。

注意 ・ この請求書に介護保険福祉用具購入費給付券を添付してください。

(A4)

【記入例】介護保険福祉用具購入費給付券再交付申請書

第3号様式

介護保険福祉用具購入費給付券再交付申請書

フリガナ	スミダ タロウ	保険者番号	131078
被保険者氏名	墨田 太郎	被保険者番号	0000123456
生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日		
住 所	〒 131-0001		
	東京都墨田区吾妻橋1-23-2		
	電話番号 03(5608)1111		

再発行が必要な理由
 ① 紛失
 2 破損又は汚損
 3 その他(具体的に記入してください。)

購入予定日が未定の場合は記入しません。

福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購 入 金 額	購 入 予 定
〇〇すのこ	〇〇製作所	60,000 円	年 月 日
〇〇シャワーチェア	〇〇ケア	23,000 円	年 月 日
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000 円	年 月 日
〇〇スロープ	〇〇製作所	8,000 円	年 月 日

複数購入した場合はそれぞれの金額を記載してください。

スロープ及び杖を複数購入の場合はそれぞれ1行ずつ記載してください。

区長 あて

年 月 日付けで発行した介護保険福祉用具購入費給付券
 (発行番号第 号)について上記の理由により、再発行を申請します。

〇〇年 〇月 〇日

申請者 住 所

東京都墨田区吾妻橋1-23-20

電話番号 03(5608)1111

氏 名

墨田 太郎

初回の申請書に使った印鑑と同じ印鑑で押印ください。



注意 ・ この申請に基づき給付券が再発行されたときには、前回発行の給付券は無効となります。
 ・ 破損又は汚損の場合は、当該給付券を添付してください。また、紛失した給付券が見つかった場合は、速やかに墨田区福祉保健部介護保険課に返却してください。

(A4)

【記入例】 特定福祉用具状況報告書

特定福祉用具 状況報告書

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	福祉用具種目	浴室内いす
氏名	墨田 太郎										前回購入年度	平成18年度
住所	東京都墨田区吾妻橋1-23-20										状況	破損 身体状況の変化／その他

状況の説明 (破損の場合は、修理が不可能な理由も含めて記載すること。)

平成18年度に購入した入浴用のいすが破損したため、再度、入浴用のいすを購入する。
破損箇所はいすの足の部分であり、折れてしまった。メーカーに問い合わせたところ修理可能な部品がない状態であった。

破損の写真添付

写真の添付

(この欄におさまらない場合は別紙を付け加えていただいても構いません。破損の写真は破損部分を鮮明に写してください。破損の場合に加え、身体状況等の変化で再購入する場合も前回購入した福祉用具の写真又はパンフレットを添付してください。)

保険者意見欄

ここは墨田区記入欄ですので、何も記入しないでください。

「介護保険福祉用具購入費 支給申請の手引き」

令和7年1月改正

お問い合わせ先

- ・ 墨田区役所介護保険課給付・事業者担当
（郵便番号）130-8640
（住所）東京都墨田区吾妻橋1-23-20
（電話）03-5608-6149
（FAX）03-5608-6938