

## 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けるには

在宅の要介護者・要支援者が、都道府県知事の指定を受けた福祉用具販売事業者から特定（介護予防）福祉用具を購入したときは、日常生活の自立を助けるために必要と認める場合に限り、福祉用具購入費を支給します。

## 《福祉用具購入費支給までの流れ》

理由書作成 ↓	介護支援専門員や福祉用具専門相談員など介護保険の福祉用具について専門性があると認められる者に、福祉用具の相談を行い、福祉用具が必要な理由書の作成を依頼する。居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）に福祉用具購入が位置づけられる場合には、計画書に福祉用具を必要とする理由を記載したもの。
購入 ↓	福祉用具販売事業者に理由書を提示し、福祉用具を購入する。 販売事業者（都道府県知事の指定を受けた福祉用具事業者に限る。）は、理由書を確認し、支給申請に必要な書類を交付するとともに、福祉用具の使用方法等を説明し、販売する。
支給申請 ↓	福祉用具購入費支給申請書に必要な書類を添付して市へ提出する。 （日常生活の自立を助けるために必要と認められる場合に限り購入費を支給します。）
費用支払	支給申請書を提出した月の翌月末に指定の金融機関へ福祉用具購入費の内の保険給付分を振り込みます。

## 【支給申請に必要な書類】

- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書  
《複数の福祉用具を購入した場合で、購入日（領収日）の月が異なる場合は、同じ月ごとに分けて申請してください。》
- 領収証（申請者本人名義の領収書で、購入した特定福祉用具の種目名、額、規格等を表記したもの）
  - ※ 領収証の返却が必要な場合は、領収証の原本を提示の上、コピーを提出してください。
  - ※ オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
  - ※ すのこを購入した場合は、浴室又は浴槽に敷き詰めた状態が確認できる写真を添付してください。
  - ※ 過去に同一種目の特定福祉用具を購入している場合は、前回購入した同一種目の特定福祉用具の現状写真を添付してください。写真が撮れない場合は、事前に市担当課に相談してください。
- 福祉用具購入理由書又は居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）
  - ※ 居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）については、利用者の心身の状況、改善したい日常生活の状況や介助者の状況が確認でき、自立援助を達成できるように必要であることが記載されているもの。同一種目の福祉用具の再購入やパーツの交換の場合は、その理由も記してください。
  - ※ 排泄予測支援機器については、医学的所見のわかる書類と確認調書（別紙参照）の添付が必要です。医学的所見のわかる書類は、つぎのいずれかです。
    - 介護認定審査における主治医の意見書
    - サービス担当者会議等における医師の所見
    - 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見
    - 個別に取得した医師の診断書等
  - ※ 貸与を原則とするスロープ、歩行器、歩行補助つえのうち、選択制が導入された種目については、貸与と購入に係る「医師、理学療法士等の医学的所見」や多職種協議を行った「退院・退所時カンファレンス、サービス担当者会議」の選択と自立支援の方向性をもとに介護支援専門員等が説明し、申請者本人が購入を選んだ経緯等をまとめた購入選択の確認調書（別紙参照）の添付が必要です。
  - ※ スロープの購入申請には、移動動線とスロープ配置場所がわかる平面図（記入例参照）が必要です。
- 福祉用具のパンフレット等福祉用具の概要を記載した書面（用具の写真、規格、製造元、定価等が記載されたカタログ等のコピー可）
- 委任状（本人申請以外の代理人申請の場合）
  - ※ 提出していただいた書類は、貸出又は返却しませんので、必要な方は控えを取っておいてください。

## 【支給限度額】

同一年度 10 万円以内（消費税を含む。）《同一年度（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）》

## 【自己負担】

福祉用具購入費（消費税を含む。）の 1 割、一定以上所得者は 2 割または 3 割。

※ 介護保険負担割合証に記載されている介護保険サービス利用時の負担割合（1 割、2 割、3 割）

対象種目の支給限度額を超えた額がある場合、超えた額も自己負担になります。

《裏面に続く》

【厚生労働大臣が定める特定（介護予防）福祉用具】

種 目	支給対象となる福祉用具の取扱いについて	
腰掛便座 (右の1～4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床からの便座の高さを補うもの（補高便座）。 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。） 例）ポータブルトイレ	
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、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるもの。ただし、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、専用シーツ等の関連製品は除かれる。	
入浴補助用具	入浴用椅子	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。
	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。
	浴槽内椅子	浴槽内において利用することができるものに限る。
	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。
	浴室すのこ	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。
	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。
	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（居室において必要があれば入浴が可能なものに限る。）	
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。	
排泄予測支援機器	膀胱内の状態を感知し、推定した尿量を知らせトイレでの排尿の自立を補うものであること。	
スロープ	室内の敷居等の小さな段差の解消に用いて、車いす等での移動を容易にするもの（持ち運ばず、取付け工事が不要な固定用のもの）。	この3つの種目は、貸与が基本ですが、医師、理学・作業療法士、看護師等の意見とサービス担当者会議等の方向性を、申請者に説明し、購入を選択する意向を確認できた場合、申請可能。
歩行器	車輪・キャスター付きの歩行器（歩行車）を除き、脚部がすべて杖先ゴム等の形状の歩行器が対象。例）ピックアップ歩行器	
歩行補助つえ	松葉づえを除き、握り部分と肘で支えるカナディアン・クラッチ、ロフトランド・クラッチ、握り部分と前腕で支えるプラットフォーム・クラッチに限る「単点杖」もしくは、杖の先が複数に分かれた多点で支える「多点杖」が対象。例）4点杖	

※スロープ、歩行器、歩行補助つえの購入費支給申請では、ケアプランやサービス担当者会議録等の写し求める場合があります。

【福祉用具購入費の支払い方法】

（償還払）

利用者が福祉用具購入費の全額をいったん販売事業者支払い、後で市に保険給付分を請求する方法。

（受領委任払）

利用者が福祉用具購入費の利用者負担分（1割・2割または3割）を販売事業者支払い、市から保険給付分（9割・8割または7割）を販売事業者支払う方法。

ただし、この受領委任払はすべての販売事業者が行っているわけではありませんので、販売事業者を確認してください。

【保険料滞納による保険給付の制限を受けている場合（被保険者証に記載）について】

\* 領収証の日付（購入日）が、支払い方法変更期間内の場合は、受領委任払の取扱いはできません。

\* 領収証の日付（購入日）が、給付額減額期間内の場合は、

負担割合証の自己負担割合が、1割または2割の方 → 保険給付対象額の「3割負担」

負担割合証の自己負担割合が、3割の方 → 保険給付対象額の「4割負担」となります。

枚方市 介護認定給付課 給付担当

電話：072-841-1460(直通)

FAX：072-844-0315

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払用）

（宛先）

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

被 保 者	フリガナ											被保険者番号									
	氏 名																				
	生年月日	年 月 日																			
	住 所	〒 連絡先電話番号 ( )																			
険	要介護状態区分等	要支援	要介護					要介護認定・要支援認定の有効期間													
		1 2	1	2	3	4	5	~	年	月	日	年	月	日							
者	給付制限内容	□ 無 □ 有					給付制限の期間														
		※「有」の場合、内容を記入 ( )					~	年	月	日	年	月	日								
負担割合		□ 1割 □ 2割 □ 3割																			
福祉用具購入理由		別添のとおり																			
特定（介護予防） 福祉用具販売事業者の 名称及び所在地		〒 連絡先電話番号 ( )																			
		事業所番号																			
特定（介護予防）福祉用具名 （種目及び商品名）		製造事業者名				購 入 日				購入金額											
						年	月	日	円												
						年	月	日	円												
						年	月	日	円												
						購入合計金額				円											
						福祉用具購入費対象額				円											

※次の書類を添付してください。

- ①領収証（特定（介護予防）福祉用具の品名・規格を表記したもの）
  - \* 領収証の返却が必要な場合は、原本を提示の上、コピーを提出してください。
  - \* オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
  - \* すのこを購入した場合は、浴室又は浴槽に敷き詰められた状態が確認できる写真を添付してください。
  - \* 過去に同一種目の特定福祉用具を購入している場合は、前回購入した同一種目の特定福祉用具の現状写真を添付してください。
- ②特定（介護予防）福祉用具購入理由書又は当該福祉用具が必要であることが確認できる居宅（介護予防）サービス（支援）計画書 \*購入種目に必要な「各種 確認調書」
- ③特定（介護予防）福祉用具のパフレット等、当該福祉用具の概要を記載した書面
- ④委任状（本人申請以外の場合）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を、次の口座に振り込んでください。

		銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 その他（ ）	
フリガナ			
口座名義人			

※ 口座名義人と被保険者が異なるときは、下記委任欄に記名・押印してください。

委任欄	居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の受領を振込先口座欄に記載している口座名義人に委任します。
	被保険者氏名   被保険者から見た口座名義人の続柄（ ）

[枚方市記入欄]

特記事項	<input type="checkbox"/> 無	受付者	
	<input type="checkbox"/> 有（ ）		
福祉用具購入履歴	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有（ ）（残額）		

(第7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

(宛先)

(受領委任払用)

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	年 月 日											
	住所	〒 連絡先電話番号 ( )											
	要介護状態区分等	要支援	要介護					要介護認定・要支援認定の有効期間					
		1 2	1 2 3 4 5	~ 年 月 日 年 月 日									
給付制限内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、内容を記入 ( )					給付制限の期間							
						年 月 日 年 月 日							
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割												
福祉用具購入理由	別添のとおり												
特定（介護予防） 福祉用具販売事業者の 名称及び所在地	〒 連絡先電話番号 ( )												
	事業所番号												
特定（介護予防）福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名					購入日			購入金額				
						年 月 日			円				
						年 月 日			円				
						年 月 日			円				
								購入合計金額			円		
								福祉用具購入費対象額			円		

※次の書類を添付してください。

①領収証（特定（介護予防）福祉用具の品名・規格を表記したもの）

- \* 領収証の返却が必要な場合は、原本を提示の上、コピーを提出してください。
- \* オーダー品を購入した場合は、見積書と写真を添付してください。
- \* すのこを購入した場合は、浴室又は浴槽に敷き詰められた状態が確認できる写真を添付してください。
- \* 過去に同一種目の特定福祉用具を購入している場合は、前回購入した同一種目の特定福祉用具の現状写真を添付してください。

②特定（介護予防）福祉用具購入理由書又は当該福祉用具が必要であることが確認できる居宅（介護予防）サービス（支援）計画書 \*購入種目に必要な「各種 確認調書」

③特定（介護予防）福祉用具のパフレット等、当該福祉用具の概要を記載した書面

④委任状（本人申請以外の場合）

# 特定（介護予防）福祉用具販売事業者の同意書兼口座振込依頼書

下記の被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領について、被保険者から委任を受け、受任することに同意します。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

〒

所在地  
特定（介護予防） 連絡先電話番号  
福祉用具販売事業者 名称  
代表者氏名

事業所番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		銀行・農協 信用金庫 信用組合					本店 支店 出張所			
金融機関コード	店舗コード	種 目		口 座 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										

## 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領委任に係る届出書

委任欄	居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を振込先口座欄に記載している口座名義人に委任します。
	被保険者氏名  被保険者から見た口座名義人の続柄（サービス提供事業者）

[枚方市記入欄]

特記事項	<input type="checkbox"/> 無	受付者	
	<input type="checkbox"/> 有（ )		入力者
福祉用具購入履歴	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有（ )	（残額	）

特定（介護予防）福祉用具購入理由書

フリガナ			被保険者番号																								
被保険者氏名																											
生年月日	年 月 日																										
住 所	〒		連絡先電話番号																								
要介護認定 (該当に○)	要 支 援		要 介 護																								
	1 ・ 2		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																								
特定（介護予防） 福祉用具種目 (該当に○)	<table border="0"> <tr> <td>1. 腰掛便座</td> <td>4. 簡易浴槽</td> </tr> <tr> <td>2. 自動排泄処理装置の交換可能部品</td> <td>5. 移動用リフトのつり具の部分</td> </tr> <tr> <td>3. 入浴補助用具</td> <td>6. 排泄予測支援機器</td> </tr> <tr> <td>① 入浴用椅子</td> <td>7. スロープ</td> </tr> <tr> <td>② 浴槽用手すり</td> <td>8. 歩行器（歩行車を除く）</td> </tr> <tr> <td>③ 浴槽内椅子</td> <td>9. 歩行補助つえ</td> </tr> <tr> <td>④ 入浴台</td> <td>・カナディアン・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑤ 浴室内すのこ</td> <td>・ロフストランド・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑥ 浴槽内すのこ</td> <td>・プラットフォーム・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑦ 入浴用介助ベルト</td> <td>・多点杖</td> </tr> </table>							1. 腰掛便座	4. 簡易浴槽	2. 自動排泄処理装置の交換可能部品	5. 移動用リフトのつり具の部分	3. 入浴補助用具	6. 排泄予測支援機器	① 入浴用椅子	7. スロープ	② 浴槽用手すり	8. 歩行器（歩行車を除く）	③ 浴槽内椅子	9. 歩行補助つえ	④ 入浴台	・カナディアン・クラッチ	⑤ 浴室内すのこ	・ロフストランド・クラッチ	⑥ 浴槽内すのこ	・プラットフォーム・クラッチ	⑦ 入浴用介助ベルト	・多点杖
1. 腰掛便座	4. 簡易浴槽																										
2. 自動排泄処理装置の交換可能部品	5. 移動用リフトのつり具の部分																										
3. 入浴補助用具	6. 排泄予測支援機器																										
① 入浴用椅子	7. スロープ																										
② 浴槽用手すり	8. 歩行器（歩行車を除く）																										
③ 浴槽内椅子	9. 歩行補助つえ																										
④ 入浴台	・カナディアン・クラッチ																										
⑤ 浴室内すのこ	・ロフストランド・クラッチ																										
⑥ 浴槽内すのこ	・プラットフォーム・クラッチ																										
⑦ 入浴用介助ベルト	・多点杖																										
種目7～9に係る 申請者本人の購入選 択の意向・意思決定	私は介護支援専門員等から上記7～9の種目の説明を受け、貸与ではなく購入する意向とします。 (自署氏名) <span style="float: right;">印（代筆の場合は押印必要）</span>																										
特定（介護予防） 福祉用具購入理由																											
【同一種目 再購入、 パーツ購入について】																											
既に購入した用具が 破損した場合、又は心 身機能が変化し、動作 や介護方法が著しく変 化した場合、その他特 別な理由がある場合																											
事業所 所在地 連絡先電話番号 理由書作成者  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員 （保健師・社会福祉士等） <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員																											

空白（裏ページ）



# 排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

作成日 年 月 日

販売事業所名

所在地

確認者名

(確認者職種 = )

記

## 【申請者（被保険者）情報】

氏名		被保険者番号	00							
生年月日	年 月 日	年齢	歳							
要介護区分（該当するものに○をする）		要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
同居家族										
トイレ移動・排泄行為の主な介助者										
介護認定調査の項目2-5 排尿〔第2群：生活機能の5. 排尿〕（該当するものに○をする）										
1. 介助されていない    2. 見守り等    3. 一部介助    4. 全介助										

## 【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名：	
機種名：	

## 【確認項目】

当該支援機器の使用（装着）目的が、トイレでの自立した排泄を促すことであることを、被保険者や介助者は理解しているか	可 ・ 否
被保険者や介助者が、操作方法を理解しているか	可 ・ 否
試用の有無	有 ・ 無 （無の場合は、以下に試用しなかった理由を記載）
試用期間	年 月 日～ 年 月 日（1日あたり約 時間装着）
装着し、通知がされたか	可・否    通知後、トイレまでの移動、誘導の所要時間 平均約 分
試用結果（※）（通知後にトイレで排尿できた回数／実際の通知回数）	
月 日	回／通知 回    月 日    回／通知 回
月 日	回／通知 回    月 日    回／通知 回
月 日	回／通知 回    月 日    回／通知 回
月 日	回／通知 回    月 日    回／通知 回
月 日	回／通知 回    月 日    回／通知 回

（※）試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。

空白（裏ページ）

特定（介護予防）福祉用具 購入選択の確認調書

(枚方市 2024)

介護保険法の選択制の対象種目について、購入の選択のプロセスを下記のとおり確認しました。

作成日 年 月 日

事業所名			
所在地	電話：		
確認者名	確認者職種：		

【申請者（被保険者）、購入選択の福祉用具】

氏名			被保険者番号	00							
要介護区分（該当するものに○をする）			要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
購入選択の種目	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ										
選択した福祉用具名											

【貸与・購入の選択に係る医学的所見、サービス担当者会議等の説明内容】

①医学的所見等の提供者 (氏名、機関名)	<input type="checkbox"/> 医師（ ）										
	<input type="checkbox"/> 理学療法士（ ）										
	<input type="checkbox"/> 他：（ ）										
聴取内容の要約	疾病、症状の程度や回復状況、回復予後、また現状の生活機能および居宅での日常生活で上記福祉用具の必要性等について										
	聴取日 年 月 日 / 聴取方法：										
② <input type="checkbox"/> 退院・退所時カンファレンス、 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 他 協議の機会（ ） に係る多職種協議の結果、方向性											
出席者： <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 家族等、 <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 理学療法士、 <input type="checkbox"/> 作業療法士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、 <input type="checkbox"/> 社会福祉士、 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者、 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員、 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者、 <input type="checkbox"/> 他：											
協議結果、方向性の要約 心身機能の現況および今後の心身機能の変化の予測、生活環境等の変化、実用的な居宅生活の状況や、選択制の対象種目の利用期間等 選択に係る説明内容について											
対象種目の利用期間の見通し <input type="checkbox"/> 長期利用(約12か月以上) <input type="checkbox"/> 短期利用(12か月未満)											
開催日 年 月 日、確認者の出席 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（上記協議内容の聴取日 年 月 日）											

【貸与・購入の選択に係る説明の実施】

説明者名				説明者職種：			
説明した日	年	月	日	購入の意向を確認した日	年	月	日

空白（裏ページ）

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払用）

（宛先）

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ											被保険者番号			
	氏 名														
	生年月日	年 月 日													
	住 所	〒 連絡先電話番号 ( )													
	要介護状態区分等	要支援	要介護				被保険者証で確認してください。				要支援認定の有効期間				
		1 2	1 2 3 4					年 月 日							
給付制限内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、内容を記入 ( )										負担割合証で確認してください。				
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割														
福祉用具購入理由		別添のとおり													
特定（介護予防）福祉用具販売事業者の名称及び所在地		〒 事業所										購入月が異なるときは、申請書を別にしてください。 購入月が同じで、購入日が異なるときは、領収書を分けてください。			
特定（介護予防）福祉用具名（種目及び商品名）		製造事業者名				購 入 日				購入金額					
浴槽内椅子・〇〇型		領収証と同じ日付にしてください。				年 月 日				円					
購入の対象金額又は購入金額が申請した年度の支給限度額を超えた場合は、同年度の支給限度額を記入してください。						年 月 日				円					
						購入合計金額				円					
						福祉用具購入費対象額				円					

※次の書類を添付してください。

①領収証（特定（介護予防）福祉用具の品名・規格を表記したもの）

- \* 領収証の返却が必要な場合は、原本を提示の上、コピーを提出してください。
- \* オーダー品を購入した場合は、見積書と回答書を送付してください。
- \* すのこサービス計画書の場合は、当該福祉用具が、①利用者の心身の状況 ②介助者の状況
- \* 過去1年間のサービス計画書添付 ③利用者の日常生活の自立援助を達成できるように必要であることを記述しているもの

- ②特定（介護予防）福祉用具購入理由書又は当該福祉用具が「必要であることが確認できる居宅（介護予防）サービス（支援）計画書 \*購入種目に必要な「各種 確認調書」
- ③特定（介護予防）福祉用具のパフレット等、当該福祉用具の概要を記載した書面
- ④委任状（本人申請以外の場合）

)

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を、次の口座に振り込んでください。

		銀行・農協 信用金庫 信用組合											本店 支店 出張所			
金融機関コード			店舗コード			種目			口座番号							
						1 普通預金 2 当座預金 3 その他( )										
フリガナ																
口座名義人																

※ 口座名義人と被保険者が異なるときは、下記委任欄に記名・押印してください。

委任欄	居宅介護（介護予防）に係る福祉用具購入費の受領を振込先口座欄に記載している口座名義人に委任します。									
	被保険者氏名									
										被保険者から見た口座名義人の続柄 ( )

[枚方市記入欄]

特記事項	<input type="checkbox"/> 無	受付者	
	<input type="checkbox"/> 有 ( )		入力者
福祉用具購入履歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) (残額 )		

特定（介護予防）福祉用具購入理由書

記入例 1

フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名	〇 〇 〇 〇		〇 〇 〇 * * * * *	
生年月日	年 月 日			
住所	〒 連絡先電話番号			
要介護認定 (該当に○)	要 支 援		要 介 護	
	1 ・ ②		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
特定（介護予防） 福祉用具種目 (該当に○)	<p>1. 腰掛便座</p> <p>2. 自動排泄処理装置の交換可能部品</p> <p>3. 入浴補助用具</p> <p>① 入浴用椅子</p> <p>② 浴槽用手すり</p> <p>③ 浴槽内椅子</p> <p>④ 入浴台</p> <p>⑤ 浴室内すのこ</p> <p>⑥ 浴槽内すのこ</p> <p>⑦ 入浴用介助ベルト</p> <p>4. 簡易浴槽</p> <p>5. 移動用リフトのつり具の部分</p> <p>6. 排泄予測支援機器</p> <p>7. スロープ</p> <p>8. 歩行器（歩行車を除く）</p> <p>9. 歩行補助つえ</p> <p>・カナディアン・クラッチ</p> <p>・ロフストランド・クラッチ</p> <p>・プラットフォーム・クラッチ</p> <p>・多点杖</p>			
種目7～9に係る 申請者本人の購入選 択の意向・意思決定	<p>私は介護支援専門員等から上記7～9の種目の説明を受け、貸与ではなく購入する意向とします。 (自署氏名)</p> <p style="text-align: right;">印（代筆の場合は押印必要）</p>			
特定（介護予防） 福祉用具購入理由	<p>10年前から慢性関節リウマチのため各関節の機能障害があり、関節可動域制限や筋力低下、移動範囲の制約を受けています。身辺行為の中では、立ち座り、またぎ込みや段差昇降の動作に苦慮しており、とりわけ、洋式便器からの起立に時間を要します。申請者の下腿長（ひざ裏から踵まで）は36cm、便座高38cmの洋式便器で、立ち上がる際に何度も浅く座り直して、膝の痛みや負担が少ない立ち上がり動作ができるよう工夫してありますが、時間がかかり腰や足関節にも痛みが増えて困っておられます。</p> <p>5cmの補高便座を用い便座高を43cmにすることで、着座と起立動作時の各関節痛が軽減でき、座り直しの回数も少なく、立ち上がり容易に確実にできることが、試行体験の動作評価にて確認できましたので、補高便座を購入し排泄行為の自立を図るものです。</p>			
【同一種目 再購入、 パーツ購入について】	<p>既に購入した用具が破損した場合、又は心身機能が変化し、動作や介護方法が著しく変化した場合、その他特別な理由がある場合</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>* 申請者の心身の状況や環境要因など客観的な評価所見を具体的に表記、困っている動作内容、介助者の状況について購入理由を記述してください。</p> <p>* 申請者の日常生活の自立を達成するために必要である理由を記述してください。(導入により改善される効果について利用者の希望だけでなく、福祉用具の購入により期待できる自立支援効果等を具体的に記す)</p> </div>			
事業所 所在地 連絡先電話番号 理由書作成者	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>下腿長や便座高を測り、どのように動作が困難であるか、また何cmの補高を行うことによって、関節等の身体機能面や諸動作の改善、動作時間の短縮、実用性の向上等の自立効果を具体的、客観的に記載し、理由書を作成してください。</p> </div>			
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員（保健師・社会福祉士等） <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員				

特定（介護予防）福祉用具購入理由書

記入例2

フリガナ	被保険者番号	
被保険者氏名	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 * * * * * *
生年月日	年 月 日	
住所	〒 連絡先電話番号	
要介護認定 (該当に○)	要 支 援	要 介 護
	1 ・ 2	1 ・ 2 ・ 3 ・ ④ ・ 5
特定（介護予防）福祉用具種目 (該当に○)	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 ① 入浴用椅子 ② 浴槽用手すり ③ 浴槽内椅子 ④ 入浴台 ⑤ 浴室すのこ ⑥ 浴槽すのこ ⑦ 入浴用介助ベルト 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. スロープ 8. 歩行器（歩行車を除く） 9. 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 ・多点杖	
種目7～9に係る申請者本人の購入選択の意向・意思決定	私は介護支援専門員等から上記7～9の種目の説明を受け、貸与ではなく購入する意向とします。 （自署氏名） 印（代筆の場合は押印必要）	
特定（介護予防）福祉用具購入理由	令和〇年に転倒による腰椎圧迫骨折を受傷され、動作時腰痛の後遺症のため座面高42cmの背もたれ付きの入浴用いすと浴槽内の立ち座り動作を補う浴槽内イスの給付を受けて一人での入浴行為が再開できていました。令和〇年〇月に、脳梗塞を発症し、中等度の左片まひの後遺症が残り、つかまり立ちや移乗動作は可能ですが、素足で浴室内の歩行移動や浴槽のまたぎ動作等に介助が必要となりました。シャワーキャリーを購入することにより、移動の介助負担の軽減および洗体、洗髪の一部が自分でできるよう自立支援を図りたい。 * 申請者の心身の状況や環境要因など客観的な評価所見を具体的に表記、困っている動作内容、介助者の状況について購入理由を記述してください。 * 申請者の日常生活の自立を達成するために必要である理由を記述してください。（導入により改善される効果について利用者の希望だけでなく、福祉用具の購入により期待できる自立支援効果等を具体的に記す）	
【同一種目再購入、パーツ購入について】	既に購入した用具が破損した場合、又は心身機能が変化し、動作や介護方法が著しく変化した場合、その他特別な理由がある場合 添付の写真のとおり、令和〇年に、背もたれ付き入浴用いすの支給を受け入浴自立にいたっていたが、脳梗塞の後遺症により歩行困難等の生活機能が低下し、キャスター付きの入浴用いす（シャワーキャリー）の再購入が必要になったため。 再購入やパーツ交換・購入の場合は、必ず前回購入した同一種目の福祉用具の現状写真（日付ありが望ましい）を添付してください。再購入では、以前に比べ、変化した心身機能の状況や使用が困難な理由、同一種目の新たな性能や機能が加わった用具が必要な理由等を具体的にまとめ表記してください。また、同一種目を同年度内に再購入する場合は、必ず購入（販売）前に、市の担当課に相談してください。	
事業所 所在地 連絡先電話番号 理由書作成者  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員（保健師・社会福祉士等） <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員		



特定（介護予防）福祉用具購入理由書

記入例3

フリガナ			被保険者番号																				
被保険者氏名	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ * * * * * *																					
生年月日	年 月 日																						
住所	〒 連絡先電話番号																						
要介護認定 (該当に○)	要 支 援	要 介 護																					
	1 ・ 2	1 ・ ② ・ 3 ・ 4 ・ 5																					
特定（介護予防） 福祉用具種目 (該当に○)	<table border="0"> <tr> <td>1. 腰掛便座</td> <td>4. 簡易浴槽</td> </tr> <tr> <td>2. 自動排泄処理装置の交換可能部品</td> <td>5. 移動用リフトのつり具の部分</td> </tr> <tr> <td>3. 入浴補助用具</td> <td>6. 排泄予測支援機器</td> </tr> <tr> <td>① 入浴用椅子</td> <td>7. スロープ</td> </tr> <tr> <td>② 浴槽用手すり</td> <td>8. 歩行器（歩行車を除く）</td> </tr> <tr> <td>③ 浴槽内椅子</td> <td>9. 歩行補助つえ</td> </tr> <tr> <td>④ 入浴台</td> <td>・カナディアン・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑤ 浴室内すのこ</td> <td>・ロフストランド・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑥ 浴槽内すのこ</td> <td>・プラットフォーム・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑦ 入浴用介助ベルト</td> <td>・多点杖</td> </tr> </table>			1. 腰掛便座	4. 簡易浴槽	2. 自動排泄処理装置の交換可能部品	5. 移動用リフトのつり具の部分	3. 入浴補助用具	6. 排泄予測支援機器	① 入浴用椅子	7. スロープ	② 浴槽用手すり	8. 歩行器（歩行車を除く）	③ 浴槽内椅子	9. 歩行補助つえ	④ 入浴台	・カナディアン・クラッチ	⑤ 浴室内すのこ	・ロフストランド・クラッチ	⑥ 浴槽内すのこ	・プラットフォーム・クラッチ	⑦ 入浴用介助ベルト	・多点杖
1. 腰掛便座	4. 簡易浴槽																						
2. 自動排泄処理装置の交換可能部品	5. 移動用リフトのつり具の部分																						
3. 入浴補助用具	6. 排泄予測支援機器																						
① 入浴用椅子	7. スロープ																						
② 浴槽用手すり	8. 歩行器（歩行車を除く）																						
③ 浴槽内椅子	9. 歩行補助つえ																						
④ 入浴台	・カナディアン・クラッチ																						
⑤ 浴室内すのこ	・ロフストランド・クラッチ																						
⑥ 浴槽内すのこ	・プラットフォーム・クラッチ																						
⑦ 入浴用介助ベルト	・多点杖																						
種目7～9に係る 申請者本人の購入選 択の意向・意思決定	私は介護支援専門員等から上記7～9の種目の説明を受け、貸与ではなく購入する意向とします。 (自署氏名) ○ ○ ○ ○ ⊗ 印（代筆の場合は押印必要）																						
特定（介護予防） 福祉用具購入理由	脊柱管狭窄症の手術を受けリハビリ入院から退院したところでは、主治医からは、●か月コルセットの着用と屋内歩行器を用いる指導があり、理学療法士からは、退院後数か月は動作時痛をとまなうため歩行器は不可欠で、痛みの軽減は見込まれますが、転倒防止や独居継続のためには実用的な歩行器歩行での実生活の自立を促すことを提案しています。退院までの数週間は院内を歩行器移動で自立していた経験もあり、医師らの意見等をふまえて貸与と購入の説明をしたところ、ピックアップ歩行器の購入を選択されました。同歩行器によって現状の機能不全を補うとともに、痛みの軽減等の機能改善を促進するためにも歩行器を用いた日常生活の実践、自立の向上を図ってまいります。																						
【同一種目 再購入、 パーツ購入について】	* 申請者の心身の状況や環境要因など客観的な評価所見を具体的に表記、困っている動作内容、介助者の状況について購入理由を記述してください。 * 申請者の日常生活の自立を達成するために必要である理由を記述してください。（導入により改善される効果について利用者の希望だけでなく、福祉用具の購入により期待できる自立支援効果等を具体的に記す） * 貸与と購入が選択できる種目については、医師やリハビリテーション専門職等の意見の聴取や退院・退所時カンファレンスもしくはサービス担当者会議等の選択制に係る方向性をもとに、申請者に説明し、購入選択の意思確認のプロセスを経て、申請する流れになりますので、これらの内容を加えてください。																						
事業所 所在地 連絡先電話番号 理由書作成者	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員（保健師・社会福祉士等） <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員																						

## 特定（介護予防）福祉用具 購入選択の確認調書

(枚方市 2024)

介護保険法の選択制の対象種目について、購 記入例3の確認調書例 あり確認しました。

作成日 年 月 日

事業所名	居宅支援〇〇〇〇〇ケアプランセンター		
所在地	〇〇 〇〇 〇番地 〇〇	電話：XXX-XXXX-XXXX	
確認者名	〇〇 〇〇	確認者職種：介護支援専門員（ケアプラン作成者）	

## 【申請者（被保険者）、購入選択の福祉用具】

氏名	〇〇 〇〇	被保険者番号	000XXXXXX							
要介護区分（該当するものに○をする）		要支援	1	2	要介護	1	②	3	4	5
購入選択の種目	<input type="checkbox"/> スロープ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ									
選択した福祉用具名	ピックアップ歩行器									

## 【貸与・購入の選択に係る医学的所見、サービス担当者会議等の説明内容】

①医学的所見等の提供者 (氏名、機関名)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師（〇〇 〇〇 / 医療法人〇〇〇 △△リハビリテーション病院）
	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士（〇〇 〇〇〇 / 同リハビリテーション病院）
	<input type="checkbox"/> 他：（ ）
聴取内容の要約	疾病、症状の程度や回復状況、回復予後、また現状の生活機能および居宅での日常生活で上記福祉用具の必要性等について 脊柱管狭窄症の術後、約2か月のリハビリ入院。〇〇医師からは、術部の腰背部には動作時痛があり、体幹の可動域制限のため、退院後、●か月はコルセット装着と歩行器が必要であり、痛みをともなう屈み姿勢等は行わないよう指導あり。同院で担当していた理学療法士からも、体力回復もかねて退院までの数週間の院内歩行器移動の経験から歩行器の扱いが上達し、退院後の独居生活を再開、継続するためには歩行器の長期的利用をすすめる提案があった。 聴取日 R〇年 X月 XX日 / 聴取方法：退院時カンファレンスに出席
② <input checked="" type="checkbox"/> 退院・退所時カンファレンス、 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 他 協議の機会（ ）	に係る多職種協議の結果、方向性
出席者：	<input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 家族等、 <input checked="" type="checkbox"/> 医師、 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師、 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士、 <input type="checkbox"/> 作業療法士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士、 <input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者、 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具相談員、 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者、 <input type="checkbox"/> 他：
協議結果、方向性の要約	心身機能の現況および今後の心身機能の変化の予測、生活環境等の変化、実用的な居宅生活の状況や、選択制の対象種目の利用期間等 選択に係る説明内容について
対象種目の利用期間の見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 長期利用（約12か月以上） <input type="checkbox"/> 短期利用（12か月未満）
①の医師および理学療法士の意見、提案のとおり、着実に独居を再開し実用的に安定した屋内移動の自立を図るためには、院内移動に用いていた歩行器の貸与を原則に、購入も選択できる居宅サービスについて説明し、選択してもらう方向性を確認できた。屋内歩行と身辺行為や台所での家事動作の中で、方向転換の機会が頻繁に必要であり、キャスター付き歩行車では重く扱いにくく、段差部分の移動も苦慮するため、ピックアップ型の歩行器が住環境の面からも相応しいと結論づけることができ支援の方向性がまとまった。 開催日 R〇年 X月 XX日、確認者の出席 <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（上記協議内容の聴取日 年 月 日）	

## 【貸与・購入の選択に係る説明の実施】

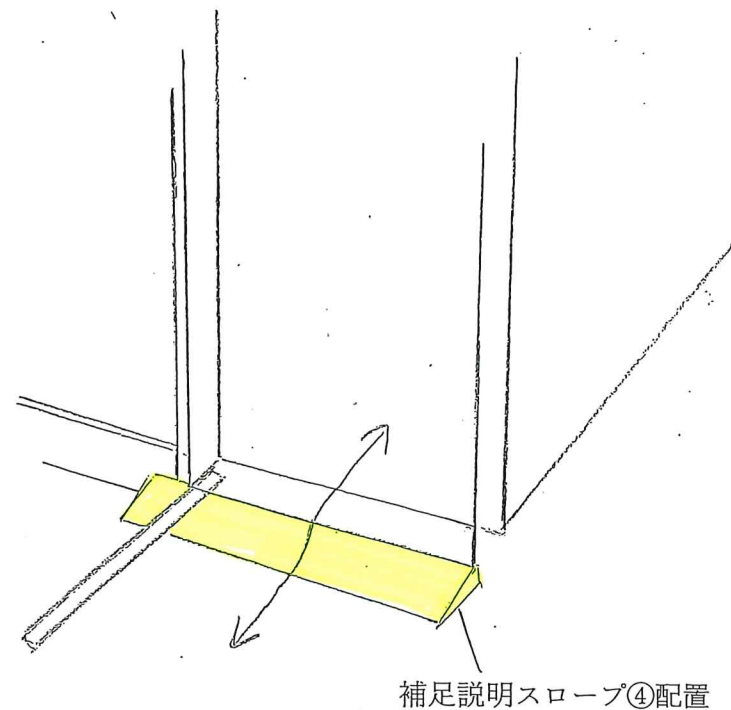
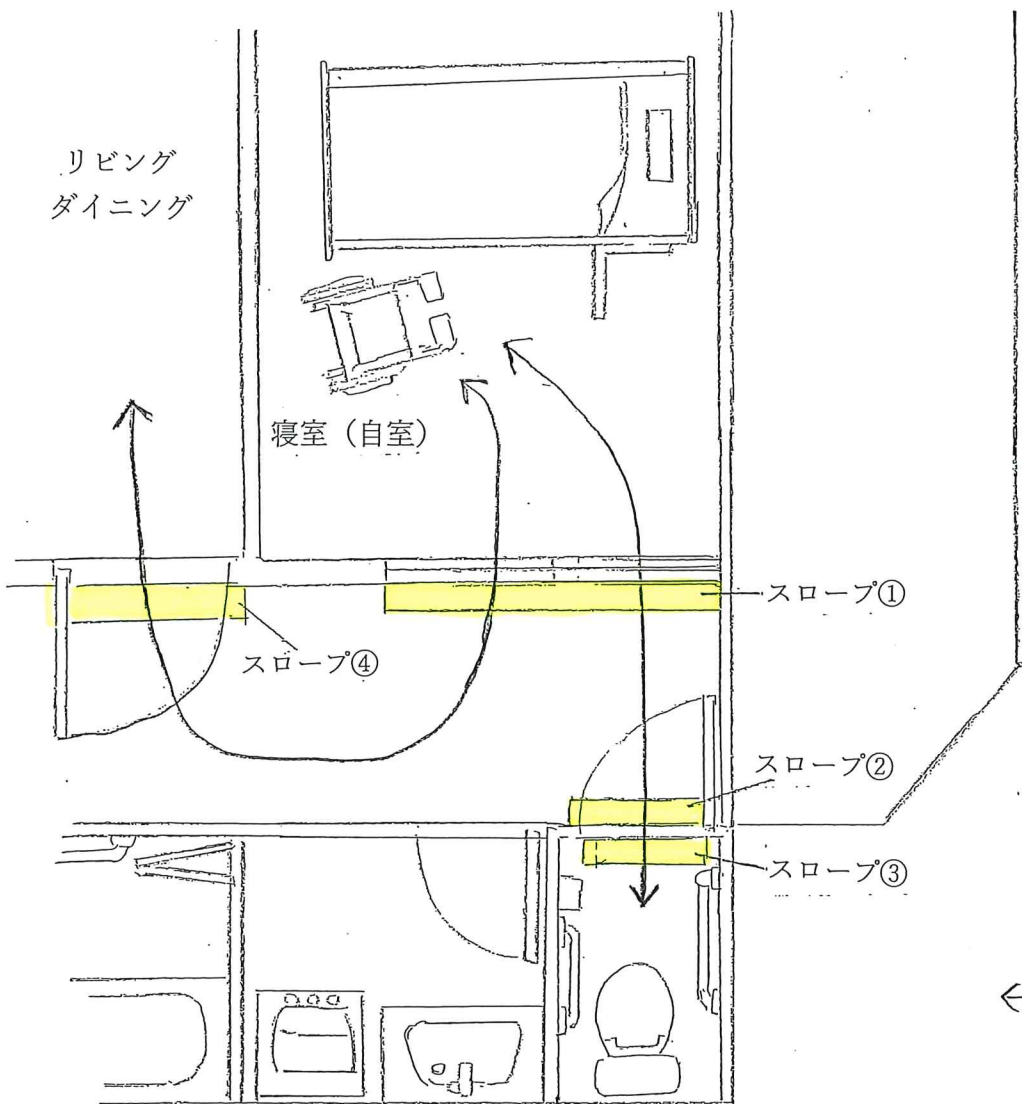
説明者名	〇〇 〇〇	説明者職種	介護支援専門員（ケアプラン作成者）		
説明した日	R〇年 X月 OX日	購入の意向を確認した日	R〇年 X月 OX日		

特定（介護予防）福祉用具購入理由書

記入例4

フリガナ			被保険者番号																				
被保険者氏名	○ ○ ○ ○	〇 〇 〇 * * * * * *																					
生年月日	年 月 日																						
住所	〒 連絡先電話番号																						
要介護認定 (該当に○)	要 支 援	要 介 護																					
	1 ・ 2	1 ・ 2 ・ 3 ・ ④ ・ 5																					
特定（介護予防） 福祉用具種目 (該当に○)	<table border="0"> <tr> <td>1. 腰掛便座</td> <td>4. 簡易浴槽</td> </tr> <tr> <td>2. 自動排泄処理装置の交換可能部品</td> <td>5. 移動用リフトのつり具の部分</td> </tr> <tr> <td>3. 入浴補助用具</td> <td>6. 排泄予測支援機器</td> </tr> <tr> <td>① 入浴用椅子</td> <td>7. スロープ</td> </tr> <tr> <td>② 浴槽用手すり</td> <td>8. 歩行器（歩行車を除く）</td> </tr> <tr> <td>③ 浴槽内椅子</td> <td>9. 歩行補助つえ</td> </tr> <tr> <td>④ 入浴台</td> <td>・カナディアン・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑤ 浴室内すのこ</td> <td>・ロフトランド・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑥ 浴槽内すのこ</td> <td>・プラットフォーム・クラッチ</td> </tr> <tr> <td>⑦ 入浴用介助ベルト</td> <td>・多点杖</td> </tr> </table>			1. 腰掛便座	4. 簡易浴槽	2. 自動排泄処理装置の交換可能部品	5. 移動用リフトのつり具の部分	3. 入浴補助用具	6. 排泄予測支援機器	① 入浴用椅子	7. スロープ	② 浴槽用手すり	8. 歩行器（歩行車を除く）	③ 浴槽内椅子	9. 歩行補助つえ	④ 入浴台	・カナディアン・クラッチ	⑤ 浴室内すのこ	・ロフトランド・クラッチ	⑥ 浴槽内すのこ	・プラットフォーム・クラッチ	⑦ 入浴用介助ベルト	・多点杖
1. 腰掛便座	4. 簡易浴槽																						
2. 自動排泄処理装置の交換可能部品	5. 移動用リフトのつり具の部分																						
3. 入浴補助用具	6. 排泄予測支援機器																						
① 入浴用椅子	7. スロープ																						
② 浴槽用手すり	8. 歩行器（歩行車を除く）																						
③ 浴槽内椅子	9. 歩行補助つえ																						
④ 入浴台	・カナディアン・クラッチ																						
⑤ 浴室内すのこ	・ロフトランド・クラッチ																						
⑥ 浴槽内すのこ	・プラットフォーム・クラッチ																						
⑦ 入浴用介助ベルト	・多点杖																						
種目7～9に係る 申請者本人の購入選 択の意向・意思決定	私は介護支援専門員等から上記7～9の種目の説明を受け、貸与ではなく購入する意向とします。 (自署氏名) ○ ○ ○ ○ ⊗ 印（代筆の場合は押印必要）																						
特定（介護予防） 福祉用具購入理由	難病〇〇〇〇〇の進行にともない車いす生活を始め1年が経過しました。寝室（自室）から、車いす介助にて、トイレやリビングダイニング室へ移動するため、別添の「平面図」のとおり、車いす移動動線上の敷居の段差を解消するため4か所の固定用木製スロープ（スロープ①～④）の貸与を受けて、日常生活を送ってきました。主治医や通所リハビリ担当の作業療法士から聴取した意見（病状は緩徐に進行しており、現状のQOLの保持や本人が望まれる昼食や夕食の家族団らんの時間等を続けるためにもスロープは不可欠である）をもとに、サービス担当者会議を開催し、長期的に必要なスロープについては、医師等の所見や貸与か購入かを選べることを説明し選んでもらう方針となりました。 介護支援専門員から説明を行ったところ、購入の意向が確認でき、平面図のとおり、スロープ①～④を購入申請し、居宅介護を支援するものです。																						
【同一種目 再購入、 パーツ購入について】	既に購入した用具が破損した場合、又は心身機能に変化し、動作や介護方法が著しく変化した場合、その他特別な理由がある場合																						
事業所 所在地 連絡先電話番号 理由書作成者	* 申請者の心身の状況や環境要因など客観的な評価所見を具体的に表記、困っている動作内容、介助者の状況について購入理由を記述してください。 * 申請者の日常生活の自立を達成するために必要である理由を記述してください。(導入により改善される効果について利用者の希望だけでなく、福祉用具の購入により期待できる自立支援効果等を具体的に記す) * 選択制対象の種目を貸与から、購入か貸与を継続するかについては、医師や看護師、リハビリテーション専門職の意見を聴取し、サービス担当者会議等の多職種協議を行い居宅支援の方向性をまとめて説明し、意向確認を行ったプロセスの記載を含めてください。																						
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員（保健師・社会福祉士等） <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員																							

平面図（車いす移動の動線とスロープの配置場所）



← → 車いす移動の動線

## 特定（介護予防）福祉用具 購入選択の確認調書

(枚方市 2024)

介護保険法の選択制の対象種目について、購 記入例4の確認調書例 おり確認しました。

作成日 年 月 日

事業所名	福祉用具レンタル事業所〇〇〇		
所在地	〇〇 XXX 〇X番地 〇〇	電話：XXX-XXXX-XXXX	
確認者名	〇〇〇 〇〇	確認者職種：福祉用具専門相談員	

## 【申請者（被保険者）、購入選択の福祉用具】

氏名	〇X 〇XX	被保険者番号	0000XXXXXX							
要介護区分（該当するものに○をする）		要支援	1	2	要介護	1	2	3	④	5
購入選択の種目	<input checked="" type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ									
選択した福祉用具名	(固定用)スロープ 用途・性能 敷居の段差解消用の木製スロープ									

## 【貸与・購入の選択に係る医学的所見、サービス担当者会議等の説明内容】

①医学的所見等の提供者 (氏名、機関名)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 ( 〇〇 〇〇 / 医療法人〇〇〇 〇〇診療所 : 往診医 ) <input type="checkbox"/> 理学療法士 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 他: 作業療法士 ( 〇X XX〇 / 通所リハビリ〇〇〇〇 )
聴取内容の要約	疾病、症状の程度や回復状況、回復予後、また現状の生活機能および居宅での日常生活で上記福祉用具の必要性等について 神経筋難病〇〇〇〇〇が緩徐に進行しており、1年前から車いす生活に移行された。望まれる食事の際の家族団らん、トイレでの排泄を行う日常が実現できるよう、通所リハビリの作業療法士から、寝室と各部屋の車いす動線、敷居の段差と介助方法の評価所見の提供を受け、福祉用具相談員と連携して車いすやスロープの貸与を検討しケアプランに採用してきた。実現できた日常を可能な限り継続できるよう環境面の支援を見直し、スロープの貸与を長期的に利用するため購入も視野に再検討する提案を受けた。 聴取日 R〇年 〇月 〇X日/聴取方法: 医師からは電話聴取 R〇年 〇月 XX日/聴取方法: 作業療法士から サービス担当者会議にて聴取
② <input type="checkbox"/> 退院・退所時カンファレンス、 <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 他 協議の機会 ( )	に係る多職種協議の結果、方向性
出席者:	<input checked="" type="checkbox"/> 本人、 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等、 <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 理学療法士、 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、 <input type="checkbox"/> 社会福祉士、 <input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者、 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具相談員、 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者、 <input type="checkbox"/> 他:
協議結果、方向性の要約	心身機能の現況および今後の心身機能の変化の予測、生活環境等の変化、実用的な居宅生活の状況や、選択制の対象種目の利用期間等 選択に係る説明内容について
対象種目の利用期間の見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 長期利用(約12か月以上) <input type="checkbox"/> 短期利用(12か月未満)
1年前に難病の進行が急激に進み、著しい四肢の筋力低下等によって車いす生活に移行した。歩行困難になった当時は精神的な落ち込みが強く、ベッドで過ごす時間が続いた。心理支持やQOL向上を図るため、聴取したニーズからケアプラン目標を、家族と一緒に食事を楽しむ団らんの時間とトイレで排泄を行う日常を取り戻すことに更新し、目標志向型の支援に取り組んだ。 家族団らんの時間、トイレでの排泄行為が実現できるよう、通所リハビリでは、移乗や数歩の伝い歩き等の動作訓練を、自宅のダイニングやトイレの場を設定して行い、作業療法士と福祉用具相談員、介護支援専門員らが連携して、貸与車いすの選定を再検討、車いす動線上の敷居の段差にスロープを配置し、介助方法および自力でできる動作部分の確立、家族の介助負担の軽減を図った。 通所リハビリの成果が自宅でできる動作に結びつき、介助負担も軽減した。ケアプラン目標の達成に実感でき、前向きに過ごせるようになった。最近では、家族と遠出の外出もされている。医師から病状の進行が緩徐になっていると説明を受け、できるだけ長く現状の日常生活を維持することを切望されている。ケアプラン、サービスの見直しにともない、スロープを購入に移行するか、貸与を継続するか検討することとなった。	
開催日 R〇年 〇月 XX日、確認者の出席	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (上記協議内容の聴取日 年 月 日)

## 【貸与・購入の選択に係る説明の実施】

説明者名	〇〇 〇〇	説明者職種	介護支援専門員 (ケアプラン作成者)		
説明した日	R〇年 〇月 XX日	購入の意向を確認した日	R〇年 〇月 X〇日		

空白（裏ページ）

特定（介護予防）福祉用具購入理由書

記入例5

フリガナ			被 保 険 者 番 号	
被保険者氏名	○ ○ ○ ○	〇 〇 〇 * * * * * *		
生年月日	年 月 日			
住 所	〒 連絡先電話番号			
要介護認定 (該当に○)	要 支 援		要 介 護	
	1 ・ ②		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
特定（介護予防） 福祉用具種目 (該当に○)	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 ① 入浴用椅子 ② 浴槽用手すり ③ 浴槽内椅子 ④ 入浴台 ⑤ 浴室内すのこ ⑥ 浴槽内すのこ ⑦ 入浴用介助ベルト 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. スロープ 8. 歩行器（歩行車を除く） 9. 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 ・多点杖			
種目7～9に係る 申請者本人の購入選 択の意向・意思決定	私は介護支援専門員等から上記7～9の種目の説明を受け、貸与ではなく購入する意向とします。 (自署氏名) ○ ○ ○ ○ ⊗ 印（代筆の場合は押印必要）			
特定（介護予防） 福祉用具購入理由	○○○年○月に、玄関ポーチで転倒し左大腿骨頸部骨折を受傷され入院されました。左大腿骨の手術とリハビリを受けて、有痛性の左股関節の可動域制限が残りましたが、屋内は、すり足傾向ながら4点杖（多点杖）を用いた歩行が可能となり退院されました。退院時のカンファレンスで聴取した所見では、主治医および理学療法士から、退院後は痛みの軽減等の機能改善が見込まれるが、脊柱管狭窄症、骨粗しょう症の既往もあり、4点杖歩行が実用的な移動手段になる見通し（予後予測）であると説明がありました（この聴取については、地域包括支援センターの専門職が出席し収集したもの）。 これら医学的所見と4点杖を用いた日常生活が長期に継続する見通し等を説明したところ、貸与ではなく購入の意向を確認しましたので、購入費支給の申請を行い、居宅生活の身辺行為の自立を支援ものです。			
【同一種目 再購入、 パーツ購入について】	既に購入した用具が破損した場合、又は心身機能が変化し、動作や介護方法が著しく変化した場合、その他特別な理由がある場合			
事業所 所在地 連絡先電話番号 理由書作成者	* 申請者の心身の状況や環境要因など客観的な評価所見を具体的に表記、困っている動作内容、介助者の状況について購入理由を記述してください。 * 申請者の日常生活の自立を達成するために必要である理由を記述してください。（導入により改善される効果について利用者の希望だけでなく、福祉用具の購入により期待できる自立支援効果等を具体的に記す） * 貸与と購入が選択できる種目については、医師やリハビリテーション専門職等の意見の聴取や退院・退所時カンファレンスもしくはサービス担当者会議等の選択制に係る方向性をもとに、申請者に説明し、購入選択の意思確認のプロセスを経て、申請する流れになりますので、これらの内容を加えてください。			
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター担当職員 （保健師・社会福祉士等） <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員				

## 特定（介護予防）福祉用具 購入選択の確認調書

(枚方市 2024)

介護保険法の選択制の対象種目について、**記入例5の確認調書例**とおり確認しました。

作成日 年 月 日

事業所名	特定福祉用具レンタル・販売ステーション〇〇〇〇		
所在地	〇〇〇 XX 〇〇番地 X〇	電話：XXX-XXXX-XXXX	
確認者名	〇〇〇 〇〇〇	確認者職種：福祉用具専門相談員	

## 【申請者（被保険者）、購入選択の福祉用具】

氏名	〇X 〇X〇	被保険者番号	0000XXXXXX							
要介護区分（該当するものに〇をする）		要支援	1	②	要介護	1	2	3	4	5
購入選択の種目	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ									
選択した福祉用具名	4点杖（多点杖）									

## 【貸与・購入の選択に係る医学的所見、サービス担当者会議等の説明内容】

①医学的所見等の提供者 （氏名、機関名）	<input checked="" type="checkbox"/> 医師（〇〇 〇〇 / 医療法人〇〇〇 〇〇〇〇病院）
	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士（〇〇 〇〇〇 / 医師と同じ病院）
	<input type="checkbox"/> 他：（ ）
聴取内容の要約	疾病、症状の程度や回復状況、回復予後、また現状の生活機能および居宅での日常生活で上記福祉用具の必要性等について 〇〇〇年〇月に自宅玄関先で転倒、左大腿骨頸部骨折受傷。当院へ入院し、人工骨頭置換術の手術を施行後、理学療法を処方し歩行訓練、ADL訓練を実施。左股関節は有痛性の可動域制限が残り、すり足傾向ながら4点杖歩行が可能にまで回復。退院後は、術部の痛みの軽減や可動域拡大が期待できるが、脊柱管狭窄症、骨粗しょう症の既往があり、転倒予防のためにも着実に移動できるよう4点杖歩行の継続が必要。居宅生活では4点杖歩行が実用的な移動手段となる見通し（予後予測）。 聴取日 R〇年 X月 〇X日 / 聴取方法：退院時カンファレンスに出席
② <input checked="" type="checkbox"/> 退院・退所時カンファレンス、 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 他 協議の機会（ ）	に係る多職種協議の結果、方向性
出席者：	<input checked="" type="checkbox"/> 本人、 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等、 <input checked="" type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士、 <input type="checkbox"/> 作業療法士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士、 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士、 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者、 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員、 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者、 <input checked="" type="checkbox"/> 他：地域包括支援センター 保健師
協議結果、方向性の要約	心身機能の現況および今後の心身機能の変化の予測、生活環境等の変化、実用的な居宅生活の状況や、選択制の対象種目の利用期間等 選択に係る説明内容について
対象種目の利用期間の見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 長期利用（約12か月以上） <input type="checkbox"/> 短期利用（12か月未満）
出席した地域包括支援センターの保健師は、医師、理学療法士から①の医学的所見を把握し、共有した。退院時カンファレンスの中で、退院後の日常生活において、4点杖を長期的に用いる必要性があることを確認した。以上から、介護保険制度に基づき原則貸与サービスである4点杖であるが、購入サービスも選択できることについて、聴取した①の医学的所見等を説明のうえ、意向確認を行い、退院後の居宅生活の自立支援を進めていくこととなった。 ※確認者（福祉用具専門相談員）は、上記①、②のカンファレンス所見を地域包括支援センター保健師から聴取し、説明と意向確認を実施した。 開催日 R〇年 X月 〇X日、確認者の出席 <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し（上記協議内容の聴取日R〇年 X月XX日）	

## 【貸与・購入の選択に係る説明の実施】

説明者名	〇〇〇 〇〇〇	説明者職種	福祉用具専門相談員		
説明した日	R〇年 〇月 〇X日	購入の意向を確認した日	R〇年 〇月 X〇日		



# 委任状

(あて先)

枚方市長

**被保険者本人**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給」の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

記

**代理人**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者本人との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

以 上