

介護保険 申請マニュアル
(軽度者福祉用具貸与・住宅改修・福祉用具購入)

香南市 高齢者介護課

令和7年4月

【目次】

- 「軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書」について
 - 軽度者に対する福祉用具貸与の基準 . . . 1 ページ
 - 確認書提出の留意点 . . . 1 ページ
 - 手順・提出書類等 . . . 3 ページ
 - 記入例 . . . 5 - 6 ページ

- 「住宅改修の申請書」について
 - 住宅改修の種類 . . . 7 ページ
 - 事前申請前の留意点 . . . 7 - 8 ページ
 - 事後申請前の留意点 . . . 9 ページ
 - 申請手順・提出書類 . . . 10 ページ
 - 記入例 . . . 11 - 24 ページ

- 「福祉用具購入の申請」について
 - 福祉用具対象品目 . . . 25 ページ
 - 事前申請前の留意点 . . . 25 - 26 ページ
 - 申請手順・提出書類 . . . 27 ページ
 - 記入例 . . . 28 - 34 ページ

■ 「軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書」について

●軽度者に対する福祉用具貸与の基準

1、保険給付対象品目について

福祉用具貸与について要支援1・2、要介護1の方(※)は「軽度者」となり、軽度者の状態から利用が想定しにくい品目は原則として給付対象外になります。

ただし、状態によって香南市が必要と判断する場合は、例外給付となります。

※自動排泄処理装置は、要介護2・3の方も給付対象外

【給付対象品目一覧表】

種目	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
自動排泄処理装置 (尿のみ自動的に吸引するものを除く)	原則給付対象外						
車いす及び車いす付属品							
特殊寝台及び特殊寝台付属品							
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(つり具の部分除く)							
手すり	保険給付対象						
スロープ							
歩行器							
歩行補助杖							
自動排泄処理装置 (尿のみ自動吸引するもの)							

・・・例外給付を行う場合は申請が必要

●確認書提出の留意点

「軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書」を提出したとしても、必ずしも貸与できるというわけではありません。判定前に貸与を開始し、貸与ができないと判定されたときは、利用者の全額自己負担になります。本人・家族に十分説明を行ってから提出してください。

- 被保険者証に「福祉用具貸与対象外品目使用可(生活環境を整える)」と記載がある場合は、提出不要
- 認定調査項目の調査結果が以下の内容だった場合は、提出不要

対象外種目	厚生労働大臣が定める者（第23号告示第19号）	認定調査結果
ア、車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当するもの (1) 日常的に 歩行が困難 な者 (2) 日常生活範囲における 移動の支援が特に必要 と思われる者※	1-7歩行「できない」
イ、特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当するもの (1) 日常的に 起き上がりが困難 な者 (2) 日常的に 寝返りが困難 な者	1-4起き上がり「できない」 1-3寝返り「できない」
ウ、床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に 寝返りが困難 な者	1-3寝返り「できない」
エ、認知症老人徘徊感知器	次のいずれかに該当するもの (1) 意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (2) 移動において全介助を必要としない者	3-1意志の伝達「伝達できる以外」又は 3-2～3-7 記憶・理解のいずれか「できない」又は 3-8～4-15問題行動のいずれか「ない」以外 2-2移乗「全介助」以外
オ、移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当するもの (1) 日常的に 立ち上がりが困難 な者 (2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 (3) 生活環境において 段差の解消が必要 と認められる者※	1-8立ち上がり「できない」 2-1移乗「一部介助」または「全介助」
カ、自動排泄処理装置	次のいずれかに該当するもの (1) 排便が 全介助を必要とする者 (2) 移乗が 全介助を必要とする者	2-6排便「全介助」 2-1移乗「全介助」

※アの(2)、オの(3)については、該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントによりケアマネジャー等が判断する。

①貸与開始時期

原則確認依頼書を提出した日

(ターミナルの方は、担当者会議を行った日)

※至急に必要な場合は、必ず事前に保険者(担当)へ電話連絡をすること

②貸与終了時期

ケアマネジャーが本人の状態に応じて期間を決定すること

※貸与期間の終了日は必ず担当者会議で協議・記録し提出すること

※軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書(保険者確認書)の貸与終了日に記入すること

※貸与終了期間の最長は、認定有効期限の終了日と同じ日にすること

③再提出が必要な場合

- ・認定更新手続きを行ったとき
- ・支援事業所や担当者が変更になったとき

④香南市に転入の場合

香南市での介護保険サービスが利用開始になる前に提出すること

⑤65歳未満の生活保護受給者について

介護保険サービスに移った時に福祉用具のレンタルが引き続き必要である場合は、サービス開始前までに確認依頼書を提出すること

●手順・提出書類等 <ターミナルの方も同様の書類を提出してください。>

①主治医の判断（医学的な所見に基づく判断）を聴取・確認

注）福祉用具を使用しないと生活ができない理由を聞き取ること

②主治医の判断により貸与の必要性が確認された後、サービス担当者会議を開催

担当者会で必ず必要性と貸与期間を協議すること

注）福祉用具を使用しないと生活ができないものに限る

例えば、●床からの立ち上がりができないので、特殊寝台がほしい

→一般のベッドを使用すれば生活可能と考えられるため不可

●スーパーが遠くタクシー代もかかるので、セニアカーがほしい

→身体的理由での使用でないため不可

●デイの送り迎えの時、本人の自宅まで車が入ることができず、歩くのに時間がかかるので車いすがほしい

→デイの対応が必要と考えられるため不可

●主治医より、寝たきりのため床ずれ防止用具が必要と話があったため、床ずれ防止用具がほしい

→床ずれ防止用具がないと身体的な重篤化が引き起こされる原因が明確に判断されていないため不可（必ず主治医の意見をふまえてサービス担当者会議で必要性を確認すること）

③サービス担当者会議にて必要性が明確にされた後、「軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書（保険者確認書）」の作成と提出

《提出書類》

- ・軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書（保険者確認書）
（診断書、医師に聴取した所見の記録等を記入すること）
- ・居宅介護サービス計画書（第1・2・4表）
- ・福祉用具カタログ複写

④確認（判定）結果

- ・電話連絡で結果をお伝えし、後日軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書（保険者確認書）のコピーをお渡しします。

※通常1週間ほど結果に時間がかかるため、余裕を持って提出すること

※申請書類にて判断が難しい場合、必要に応じて訪問させていただきます。

保険者受託者 **《記入例》**

令和△年△△月△日

② 居宅介護支援事業所名 居宅〇〇事業所
電話番号 (57-●●●●)
担当介護支援専門員 高知 花子

- ① 提出日記入
- ② 事業所の事業所名・電話番号・氏名記入

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書(保険者確認書)

下記より、福祉用具貸与の例外給付につき確認依頼書を提出します。また必要のあるときは、私の心身状態及び疾病等必要な事項について香南市が調査すること及び、当該確認依頼書にかかる確認結果については、居宅介護(介護予防)支援事業者へ通知することに同意します。

代筆(長女)香南 一子

③ 被保険者同意欄 香南 太郎

* 代筆の場合は代筆者の氏名と続柄も記入

- ③ 利用者本人の氏名を記入(代筆可)

④ は、居宅介護(介護予防)支援事業者の計画作成者が記入してください。

フリガナ	コウナン タロウ	生年月日	M()T()S() 〇年 〇月 〇日生(〇〇歳) 性別(<input checked="" type="radio"/>)・女()
利用者氏名	香南 太郎	被保険者番号	0123456789
住 所	香南市野市町西野●●	認定期間	令和〇年〇〇月〇日 から 令和〇年〇〇月〇日 まで
介護度	介護1	貸与終了日	令和〇年〇〇月〇日 まで
貸与する福祉用具 種目・商品名	特殊寝台		

- ④ 利用者の情報を記入
- 貸与終了日については、ケアマネジャーが決定する

⑤ 福祉用具貸与が必要な理由(該当するものに○)

欄(○印)	例外的給付の対象とすべき事案区分
①	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日よって又は時間帯によって、頻繁に第23号告示第19号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する者(例:関節リウマチ・パーキンソン等)
②	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号のイで定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者(例:末期ガン等)
③ ○	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第23号告示第19号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(例:気管支喘息等)

- ⑤ 福祉用具が必要な理由に当てはまる内容に○印を記入

⑥ 医師の医学的な所見等

医師名	〇〇 〇〇	医療機関名	<input type="checkbox"/> 〇〇病院
疾病名		意見聴取日等	令和〇年〇〇月〇日 ①訪問 ②電話 ③その他()
意見(医学的所見)			

- ⑥ 主治医の意見を記入
- 主治医意見書の記載でなく主治医に電話・訪問等で直接意見を聴取する

3. サービス担当者会議において福祉用具を必要とする状態であると認めた理由

* 以下に留意して記入してください。1の①に該当する場合、状態が変動する周期(日・時間帯)及び福祉用具を必要とする頻度を記入した1の③に該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載すること。

⑦

開催日	令和〇年〇〇月〇日(○)	開催日・場所	令和〇年〇〇月〇日 ①自宅 ②その他()
出席者(職種・所属等)の意見	本人: ●●販売所: 居宅介〇〇事業所:		

- ⑦ 担当者会で福祉用具が必要と確認した意見を記入

* 添付書類

居宅サービス計画書(第1・2表)・サービス担当者会議記録(第4表) * 判断箇所にもーカー・福祉用具用品カタログ複写

《記入例》

⑧ 認定調査結果の欄に認定情報の内容を記入

⑧	与を必要とした福祉用具及び本人の状態(認定調査結果を転記)	厚生労働大臣が定める者(第23号告示第19号)	認定調査結果
認定調査項目	対象外種目	厚生労働大臣が定める者(第23号告示第19号)	
	ア 車椅子及び車椅子付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に歩行が困難な者 (2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と思われる者*	1-7 歩行「できない」
	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に起き上がりが困難な者 (2) 日常的に寝返りが困難な者	1-4 起き上がりが「できない」 1-3 寝返りが「できない」 1-3 寝返り「つかまれば可」
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	1-3 寝返り「できない」
	エ 認知症老人徘徊感知器	次のいずれにも該当する者 (1) 意志の伝達、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (2) 移動において全介助を必要としない者	3-1 意志の伝達「伝達できる以外」又は 3-2 ~ 3-7 記憶・理解のいずれか「できない」 又は 3-8 ~ 4-15 問題行動のいずれか「ない」以外 2-2 移動「全介助」以外
	オ 移動用リフト(つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に立ち上がりが困難な者 (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者*	1-8 立ち上がりが「できない」 2-1 移乗「一部介助」又は「全介助」
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (1) 排便が全介助を必要とするもの (2) 移乗が全介助を必要とするもの	2-6 排便「全介助」 2-1 移乗「全介助」	

*アの(2)、オの(3)については、該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントによりケアマネジャー等が判断する。

【香南市記入欄】

福祉用具貸与が必要な状態に該当すると判断されることを		左記のとおり決定します	
<input type="checkbox"/> 確認します <input type="checkbox"/> 確認できません		令和 年 月 日	
対象福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	課長	課長補佐
		係長	担当
確認期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
備考			
添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画書(第1・2・4表) <input type="checkbox"/> 福祉用具カタログ複写 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書・医師に聴取した所見の記録等		

■ 「住宅改修の申請書」について

●住宅改修の種類

- ① 手すり ② 段差解消 ③ 床材の変更 ④ 扉の取り換え
- ⑤ 洋式便器等への便器の取替え ※水洗化に係る工事は対象外
- ⑥ ①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

●事前申請前の留意点（申請書提出の際は必ず以下の内容を確認してください。）

1、対象者

要支援・要介護認定申請を行い、「要支援1・2 要介護1～5と認定された方」が対象

※住所地にいない場合や退院・退所が決まっていない場合は対象外

※要支援・要介護認定申請中に改修し、その後認定結果が「非該当」になった場合は支給対象外

※改修したが使用せず本人が死亡した場合は、支給対象外

2、対象となる住宅

住宅改修費の支給対象になる住宅は、要支援・要介護者が居住する住まい（被保険者証に記載されている住所）が対象

3、住宅改修の必要性

本人・家族の不安や希望でなく、住宅改修をしないと現在の生活に支障がある場合かつケアマネジャーが必要と考えるもの

※生活を快適に過ごすためのものや将来必要と思われるものに対しては対象外

※老朽化に伴う住宅改修は対象外

4、本人の所有する土地や家以外で改修する場合

本人以外が所有する場合は、必ず所有者に承諾をもらうこと

また道に手すり等を付ける・はみ出す場合は、道路管理者等に確認をとること

※承諾書を提出すること

5、利用負担限度額について

要支援・要介護度に関係なく、居住する住宅に対し一人20万円（利用限度額）まで対象
※再度20万円まで利用できる場合

① 転居して住所が変わる場合

ただし、元の住居に再転居した場合は、転居前の改修費と通算になる

② 要介護状態が著しく重くなった場合

最初の住宅改修着工時点に比べて、介護の必要性の程度が3段階以上重くなった場合（ただし、同一住宅・同一対象者について1回のみ）

初回住宅改修着工時点の要介護状態区分	住宅改修着工日の要介護状態区分
介護5（第6段階）	—
介護4（第5段階）	—
介護3（第4段階）	—
介護2（第3段階）	要介護5（6段階）
支援2・介護1（第2段階）	要介護4（第5段階）～要介護5（第6段階）
支援1（第1段階）	要介護3（第4段階）～要介護5（第6段階）

6、受領委任払いについて(福祉用具購入と同じ)

原則償還払いだが、以下に該当する方は受領委任払いにすることができる

- 生活保護法の規定による生活扶助を受けている者または、世帯全員が市民税非課税であり介護保険料の滞納がない者
- 住宅改修の受領委任払いについて施工事業者の同意が得られている者

7、住宅改修の締め切りから決定の期間について（福祉用具購入と同じ）

審査日：火曜日・金曜日（審査日の前日までに提出すること）

審査日の3営業日後の午後には結果を連絡します。

※申請から決定までに1週間程度かかるため余裕をもって準備を進めること

8、現地確認について

保険者が、必要と認める場合、現地確認を実施します。

○現地確認日は原則審査日（火曜日・金曜日）となります。

*申請→書類審査→現地確認後の決定となりますので申請から決定までに10日～2週間程度かかります。

○現地確認実施基準

① 施工金額10万円程度

② 申請書類で必要性を判断しかねる事例

- ・手すりの本数が多い
- ・工事箇所ごとに手すりの高さが違う
- ・申請書と認定情報との乖離により本人の状況が判断しづらい場合

●事後申請前の留意点

1、改修後の目的外使用について

改修したものに関して目的外の使用をしないようにしてください。

(例) 手すりをタオル掛けとして使用する

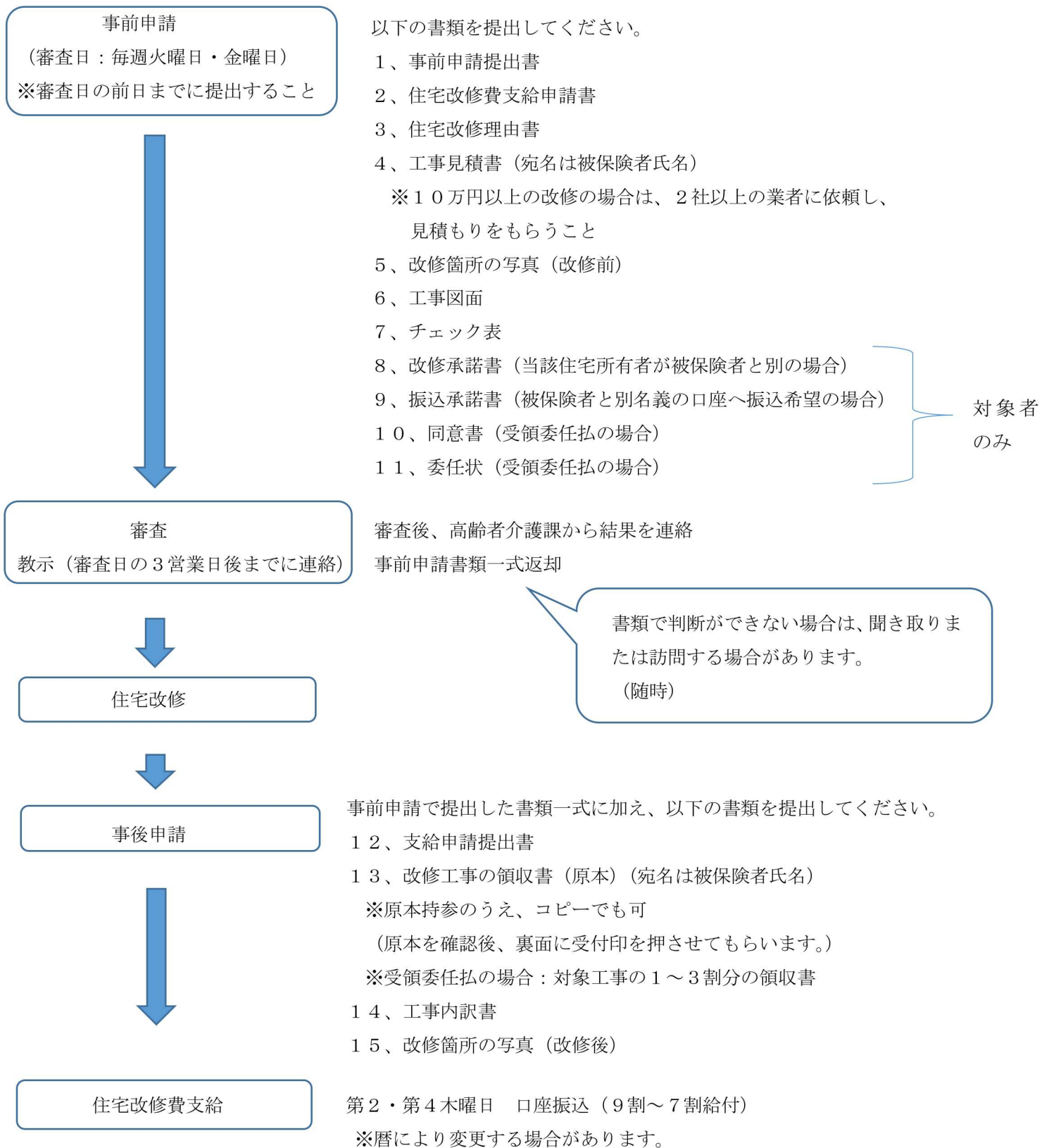
車いすで移動するために変更した床の上にカーペットを敷く

2、事前申請と工事内容が変更になる場合

工事内容が変更になる場合は、施工前に保険者（担当）に連絡すること

※軽微な変更でも事前申請と内容が異なる場合、給付対象外となる場合があります。

●申請手順・提出書類



※審査後、改修を中止する場合は、「介護保険（住宅改修）にかかる申請取り下げ書」を提出してください。

香南市受付欄

《記入例》

①事業所 → 香南市

介護保険住宅改修にかかる事前申請提出書

① 提出日 令和 ○年 ○月 ○日

下記被保険者の住宅改修について、必要書類を提出します。

②	事業所名 (電話番号)	居宅○○事業所	被保険者番号	0123456789
	担当者名	高知 花子	被保険者名	香南 太郎

※申請の受付後、提出書類に不備があった場合、再申請を求められることがあります。

香南市記入欄	確認欄			
本申請の介護保険住宅改修を下記のとおりとする。	課長	課長補佐	係長	係
<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認			
<input type="checkbox"/> 償還払い	<input type="checkbox"/> 受領委任払い			

【事前申請時】

①事前申請提出日を記入

②枠内を全て記入

【事後申請時】

③事後申請提出日を記入

②香南市 → 事業所

住宅改修事前申請の確認済連絡票

令和 年 月 日

提出のあった住宅改修事前申請の結果については、下記のとおりです。

※事前に届出のあった住宅改修費についてのみ保険給付の支給対象になります。内容に変更が生じた場合は新たに届け出が必要です。

②	事業所名	居宅○○事業所	被保険者番号	0123456789
	担当者名	高知 花子	被保険者名	香南 太郎

※事前申請結果

承認 不承認

償還払い 受領委任払い

利用者負担額 (1割: 円)

保険給付支払額 (9割: 円)

市担当欄

香南市受付欄

③事業所 → 香南市

介護保険住宅改修にかかる支給申請提出書

③ 提出日 令和 ○年 ○月○○日

下記被保険者の住宅改修費支給申請について、必要書類を提出します。

②	事業所名 (電話番号)	居宅○○事業所	被保険者番号	0123456789
	担当者名	高知 花子	被保険者名	香南 太郎

※申請の受付後、提出書類に不備があった場合、再申請を求められることがあります。

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ	コウナン タロウ		保険者番号	3	9	2	1	1	8					
被保険者氏名	香南 太郎		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
生年月日	明○大・昭 ○年 ○月 ○日		性別	○男		・		女						
住所	香南市 野市町西野●●		電話番号											
住宅の所有者	香南 一		①		本人との関係(長男)									
改修の内容 箇所及び規模	浴室 手すり 1本		業者名	(株)△△建設										
			着工日	令和○年○月○日										
			⑤	完成日	令和○年○月○日									
改修費用	④		15,000		円									

香南市長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。

⑥ 令和○年○月○日

住所 香南市 野市町西野●●

申請者

電話番号 57-●●●●

② 氏名 香南 太郎

- 注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。
- ・ 改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

居宅介護(予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。(※受領委任払いの場合は記入不要)

③ 口座振込	銀行	信用金庫	△△	本店(所)	種目	口座番号	
		農業協同組合		支店(所)			
依頼欄	金融機関コード		店舗コード		① 普通預金	9 8 7 6 5 4 3	
	1	2	3	4	9		8
	フリガナ	コウナン タロウ					
	口座名義人	香南 太郎					

【事前申請時】

- ①必要事項記入
- ②本人の住所・氏名・電話番号記入
- ※自筆で氏名を書いた場合押印不要
- ※代筆の場合(ケアマネジャー、家族等が記入した)代筆者の名前の記入が必要
- ③振込先を記入
- ※受領委任払いの場合記入不要
- ④税込み金額を記入

【事後申請時】

- ⑤着工日、完成日を記入
- ※完成日と写真の日付合わせる
- 日付が異なる場合理由を記入
- ⑥事後申請提出日の日付を記入

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

《記入例》

① 保険者番号	0123456789	年齢	〇〇 歳	生年月日	明治 大正 昭和 〇年〇月〇日	性別	■男 □女	現地確認日	令和〇〇年〇月〇日	作成日	令和 〇〇年〇月〇日
利用者	被保険者氏名	香南 太郎		要介護認定(該当に〇)	要支援 1・2		要介護 ①・2・3・4・5	作成者資格 (作成者が介護支援専門員でないとき)	所属事業所	居宅〇〇事業所	
	住所	香南市野市町西野〇〇							氏名	高知 花子	
									連絡先	57-□□□□	

保険者氏名	①必要事項を記入する	評価欄	②～④は、各項目に書いてある内容を必要に応じて記入する	⑤該当する項目にレ点を入れる
-------	------------	-----	-----------------------------	----------------

<総合的状況>

② 利用者の身体状況	<p>【現病歴】 ・発病年月日：_____ ・病名：_____ ※簡単に受傷・発症理由、現状を記載すること。 ※現病歴が多い利用者は、改修の必要性に影響する病名を全て記載する。</p> <p>【既往歴】 _____ ※今回の改修原因となる病状や症状も簡単に記載すること。(筋力、バランス、しびれ、変形、痛み等)</p> <p>◆障害高齢者の日常生活自立度：_____ ◆認知症高齢者の日常生活自立度：_____ ※CMの判断で現在の状況を記載すること。</p> <p>◆身長：_____ ◆体重：_____ ※詳細不明な場合は、大柄か小柄か、痩せ型などの体型を記載すること。</p> <p>◆その他(下記の内容を踏まえ、住宅改修箇所に応じた身体状況を記載すること。) ・歩行状態：(屋内)_____ (屋外)_____ (夜間)_____ (外出頻度)_____ ※T字杖や歩行器、車椅子、装具などを使用している場合は、それらの使用状況と介助量(自立・近位監視・軽介助など)を記載すること。 ※排泄や入浴などで、夜間使用する箇所の改修を行う場合は、日中と夜間の歩行の違いも記載すること。</p> <p>・ADL、IADL ※排泄や入浴、調理や洗濯など生活場面に関する箇所の改修を行う場合は、その現状能力を記載すること。</p> <p>・過去のヒヤリハット ※廊下や扉周辺、自宅内段差など、改修箇所の生活動線内で転倒や外傷等があった場合は記載すること。</p>	⑤ 福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定	改修前	改修後	
	③ 介護状況		<p>◆独居か同居か。もしくは独居となる時間帯があるのかを記載。</p> <p>◆その他(下記の内容を踏まえ、住宅改修箇所に応じた介護状況を記載すること。) ・介護者の有無に加えて介護力(年齢、体型、病気を踏まえて記入)、外出頻度などを記載すること。</p> <p>・介護者の援助内容や介護の頻度・本人が介護される上でのリスクを記載すること。 例)排泄回数は日に5回。トイレまでの移動に見守りが必要だが、介護者が買い物へ出かけ1人で行う時に何度か転倒している。</p> <p>・介護保険のサービス状況：_____を週に_____回 内容：_____</p>		
	④ 住宅改修により、利用者は日常生活をどう変えたいか		<p>◆下記の内容を踏まえ、住宅改修箇所に応じた内容を記載すること。(詳細については別紙2に記載する。) ・なぜ今回この改修を行うに至ったのかを記載すること。(※動作確認を行って記載すること。) ※骨折後は、一時的に改修を必要としている可能性も考えられるので、レンタルや福祉用具、介護保険のサービスなどで対応できない理由を記載する。また、元々手すりを設置して新たに追加する場合は、現状で対応できない理由を記載すること。</p> <p>・今回の改修と並行して自己負担で改修する箇所もあれば記載すること。</p> <p>・上記の身体や介護状況の問題が、改修によって自立した生活動作・介護量の軽減につながるのか、またどのような生活に変わるのかを記載すること。</p> <p>※独居ならば、ADL、IADLがどのように改善されるか。家族介護や訪問看護、訪問介護などの支援を受けている方は、介助量がどのように軽減、もしくは改善されたのかを、見守り⇒自立、軽介助⇒見守りもしくは自立など介助量の変化もふまえて記載すること。</p>		

住宅改修計画書

<P1の「住」

⑥各項目に書いてある内容を入れて記入する

《記入例》

⑦改修箇所・本数を記入する

①困難な状況②改修目的・期待効果③改修項目を具体的に

⑥ 善をしようとして生活動作	② ①の具体的に困難な状況(…なので…で困っている)を記入してください	③	① 困難な状況②改修目的・期待効果③改修項目を具体的に	⑦ ④ 改修項目(改修箇所)
<p>排泄</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他() 	<p>◆環境(高さや段差、物と人の距離間、移動距離など)の問題を具体的な数値(cm)で記載すること。</p> <p>◆上記環境や身体的な問題が、どのように影響し、どのような動作が出来なくなっているのか、もしくは介助が必要になっているのかを記載すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() 	<p>◆改修の形状・長さ・高さ・位置を決めた理由や必要性を記載すること。</p> <p>◆改修を行って、出来なかった動作がどのように行えるようになったのかを具体的に記載すること。</p>	<p>④ 改修項目(改修箇所)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 手すりの設置 (トイレ 1本) () () () ()
<p>入浴</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他() 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 段差の解消 () () ()
<p>外出</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他() 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () () <input type="checkbox"/> 便器の取替え () ()
<p>その他の活動</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () () () <input type="checkbox"/> その他 ()

2つ以上改修箇所がある場合は、文章の初めに改修の写真に記載している番号を記入する

御 見 積 書

《記入例》

令和〇年〇月〇日

本人の氏名を記入する

香南 太郎 様

工 事 名 : 住宅改修工事

工 事 場 所 : 香南市野市町西野●●

住所 : 香南市野市町西野●●

業者名 : (株)△△建設

代表者名 : 代表取締役 野市 次郎

合 計 金 額 : 〇〇, 〇〇〇円

住宅改修の種類	写真等番号	改修場所	改修部分	名称	商品名・規格・寸法等	数量	単位	単価	金額	介護保険対象部分			算出根拠
										数量	単価	金額	
(1)	①	トイレ	タイル		▽▽社 タイルブルー5x5	▽	枚	▽▽	▽▽▽▽				
※1) 住宅改修の種類を明記する			壁	下地補強板	〇〇社 ボード50x100x1	〇	枚	〇〇	〇〇〇〇	〇	枚	〇〇〇	
			手すり	手すり	△△社 530-230 木製	△	本	△△	△△△△	△	本	△△△	
			取付施工費(タイル)										
			取付施工費(手すり)										
			トイレ合計									◇◇◇	
(2)	②	玄関(上がり框)	手すり	手すり	△△社 530-230 木製								
			取付施工費										
			玄関(上がり框)合計										◇◇◇◇
小計													
諸経費						◎	%		◎◎◎◎	◎		◎◎◎◎	
合計									◎◎◎◎			◎◎◎◎	
消費税						10	%		◎◎◎◎			◎◎◎◎	
総合計									〇〇, 〇〇〇			〇〇, 〇〇〇	

※2) 材料については、製造メーカー・商品名・規格・寸法などの詳細を記載する。
材料名は専門的な用語でなく、分かりやすい表記で記載する
例) トイレ改修一式は不可

介護保険給付対象外の工事を含む住宅改修は、必ず、介護保険給付対象の工事が見積りにしてください(介護保険対象部分の項目を設け記載、改修部分に色を付ける等)

工事の対象となる箇所の写真や図の番号を記載する

※1) 住宅改修の種類：(1) 手すり取付け (2) 段差解消 (3) 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 (4) 引き戸等への扉の取換え (5) 洋式便器等への便器取替え
(6) その他住宅改修に付帯して必要となる改修

※2) 材料費・施工費・諸経費を分けて記載すること。

《記入例》

①-1 トイレ改修 (手すり)



①-2 トイレ改修 (手すり)



①-1 トイレ改修 (手すり)



①-2 トイレ改修 (手すり)



②-1 上がり框改修 (手すり)



②-1 上がり框改修 (手すり)



改修する場所が写真で見たとき、壁等に近づきすぎると分かりづらいため、全体と改修箇所がわかる写真をつける

手ぶれや太陽の光、影等で取り付け箇所が判別できない写真は撮り直しをする

下記の方法で日付を入力する

- ・カメラ機能
- ・黒板等
- ・パソコンでの打ち込み
(黒板を使用する場合は、日付が分かる)

写真に改修箇所や取付位置の状態が分かるように図に示す

段差があるところを改修する場合は、段差が含まれた全体写真を添付する

《記入例》

香南 太郎 様 住宅改修

香南 太郎 様 住宅改修

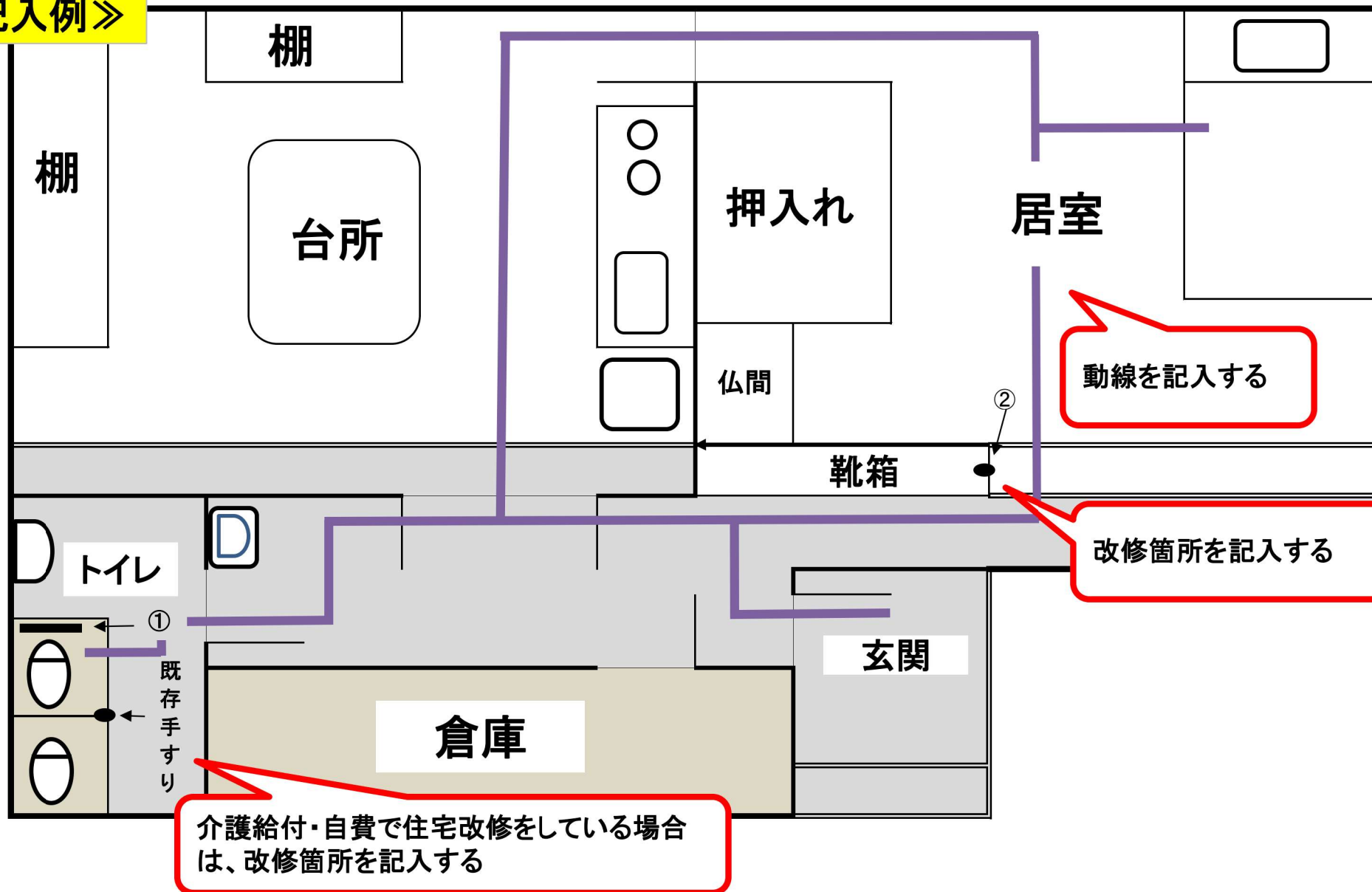
②-3 上がり框改修（手すり）



段差があるところを改修する場合は、改修する段差の高さを測り写真を撮る

家屋 見取り図(施工前)

《記入例》



事前申請提出書類チェック表

書類を提出する際、以下の項目を確認してください。
また書類を1から順番に並べて提出してください。

《記入例》

被保険者番号 【 0123456789 】 被保険者氏名 【 香南 太郎 】
居宅介護支援事業所【 居宅〇〇事業所 】 氏名 【 香南 花子 】

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1、事前申請提出書 | チェック |
| 記入漏れはないか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2、住宅改修支給申請書 | |
| 記入漏れはないか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3、住宅改修理由書 | |
| 記入漏れはないか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 住宅改修の必要性を記入しているか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4、工事見積書 | |
| 金額は妥当か | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5、改修箇所の写真（改修前） | |
| 日付が記入されているか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者が見ても改修箇所が分かる写真であるか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6、工事図面 | |
| 動線が記入されているか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 介護給付・自費で住宅改修をしている場合は、改修箇所を記入しているか | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7、事前申請提出書類チェック表 | |
| ＜対象者のみ＞ | |
| 8、改修承諾書 | |
| 9、振込承諾書 | |
| 10、同意書 | |
| 11、委任状 | |

書類を確認しながら、チェックをする

《記入例》

① 令和〇年〇月〇〇日

住宅改修の承諾書

② (住宅所有者)
住所 香南市野市町西野●●
氏名 香南 一

③ 香南 太郎

私は、**香南 太郎**が別紙「住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

- ① 書いた日を記入
- ② 住宅所有者の住所・氏名を記入
- ③ 本人の氏名を記入

※所有者が死亡の場合は、下記の通り記入すること

(住宅所有者)

住所 香南市野市町西野●●

氏名 相続人代表：香南 三郎
(所有者死亡のため)

改修する家の住所

- 多い事例として、所有者（死亡）が利用者の配偶者の場合、子どもに記入してもらう
- 相続人が複数いる場合は必ず、相続人代表者に他の相続人も改修に同意しているか確認をとること

≪記入例≫

① 令和〇年〇月〇〇日

振 込 承 諾 書

香南市会計管理者 様

② 氏名 香南 太郎

③ 住宅改修/福祉用具

今般、貴殿から支払われる住宅改修/福祉用具費を、自己名義口座がないため、下記預金口座へ振り込み願いたくご依頼いたします。

記

④

口座の名義	フリガナ 氏名	香南 一 <small>こうなん はじめ</small>	本人との 続 柄	長男
振 込 先	〇〇	銀行 農協	〇〇	本店 支店
口座の種類	普通 当座	口座の番号	9876543	

- ①書いた日を記入
- ②本人の氏名を記入
- ③住宅改修か福祉用具どちらか該当する方を記入
- ④振込を希望される口座を記入

領収書

償還払の場合 記入例

領収書

〇〇 〇〇様

金額 ￥ 12,000

但 介護保険 住宅改修費

施工業者住所
施工業者名
施工業者代表名 (業者印)

但書には、『介護保険の住宅改修』が分かる文言が必要です。

受領委任払いの場合 記入例

領収書

〇〇 〇〇様

金額 ￥ 1,200

但 介護保険住宅改修工事代金 自己負担〇割分として

施工業者住所
施工業者名
施工業者代表名 (業者印)

但書には、『介護保険の住宅改修、〇割(※1)自己負担分』の文言が必要です。

(※1) 負担割合証で1割～3割を確認すること

《記入例》

様式第1号（第4条関係）

香南市介護保険住宅改修費受領委任払に関する同意書

①

令和〇年〇月〇〇日

香南市長 様

被保険者に対して事業者が実施する住宅改修について、被保険者及び事業者は、香南市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払実施要綱を遵守することを誓約し、事業者は被保険者がこの受領委任払の制度を利用することに同意します。

被保険者

住 所 香南市野市町西野●●
氏 名 香南 太郎

②

事業者

所在地 香南市野市町西野●●
事業者名 (株) △△ 建設
代表者氏名 野市 次郎

③

【事前申請】

- ① 書いた日を記入
- ② 本人の情報を記入
- ③ 業者の情報を記入

《記入例》

香南市介護保険住宅改修費受領委任払に係る委任状

① 令和〇年〇月〇〇日

香南市長 様

②

委任者 (被保険者)	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	氏名	香南 太郎										
	住所	〒781-5292 香南市野市町西野●●										

電話番号 57-●●●●

① 令和〇年〇月〇〇日

私は、次の者に 令和〇年〇月〇〇日 の申請に係る居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を委任します。

③

受任者 (事業者)	事業者名	(株) △△建設										
	代表者氏名	野市 次郎										
	所在地	〒781-5292 香南市野市町西野△△										

電話番号 57-△△△△

振込先	銀行 信用金庫 農協	〇〇	金融機関コード				△△	本店 支店 出張所	店舗コード					
			1	2	3	4			5	6	7			
	口座種目	①.普通預金 2.当座預金 3.その他					口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	カブシキガイシャ △△建設												
	口座名義人	(株) △△建設												

【事前申請】

- ① 書いた日を記入
- ② 本人の情報を記入
- ③ 業者の情報と振込先を記入

■「福祉用具購入の申請書」について

●福祉用具購入対象品目

- 1、腰掛便座（補高便座・ポータブルトイレ 等）
- 2、自動排泄処理装置の交換可能部品
- 3、入浴補助具（シャワーチェア、浴槽台、浴槽内手すり、浴槽内すのこ 等）
- 4、簡易浴槽
- 5、移動用リフトのつり具の部分（リフト本体は福祉用具貸与）

●事前申請前の留意点（申請書提出の際は必ず以下の内容を確認してください。）

1、対象者

要支援・要介護認定申請を行い、「要支援1・2 要介護1～5と認定された方」が対象

※要支援・要介護認定申請中に購入し、その後認定結果が「非該当」になった場合は、支給対象外

※購入したが使用せず本人が死亡した場合は、支給対象外

2、同一品目の購入について

同一品目の購入は原則不可

ただし、すでに購入した福祉用具の破損や介護の状態が著しく重くなった等の特別な事情がある場合であって、保険者が必要と認めるときは支給する

3、ポータブルトイレの機能について

ウォシュレットや暖房付きポータブルトイレは原則給付対象外

ただし、身体的にウォシュレットや暖房等が必要と保険者が認める場合のみ支給対象

※身体的に必要な追加機能が付いたポータブルトイレを購入希望の場合は、標準機能部分の金額のみの承認とし差額は自己負担

※必要な場合は書類提出時に担当にその旨を伝えること

4、利用負担限度額について

1年間で一人10万円まで対象（4/1～翌年3/31）

例) 令和6年度に福祉用具の申請をし、令和7年度に代金を支払い保険給付の請求をした場合
令和7年度において限度額管理が行われる。

領収書記載日の年度において判定します。

5、購入を希望する際に確認すること

○身体的に必要な福祉用具でも住宅環境等に合わないため使用できないことも考えられるので、購入したものが使用できるか確認してください。

例) ●片づけることができないため折りたたまないタイプのシャワーチェアを浴室に置いたが、浴室が狭いため風呂場のドアが閉まらない

→折りたたみのシャワーチェアの購入が必要だった

●補高便座を購入したが、既存のトイレに合わない

→既存トイレの寸法等の確認が必要だった

○原則、標準タイプのものが審査基準となります。標準タイプ以上の機能のついた商品を購入する場合は、選択理由を「福祉用具購入理由書」に記載してください。

例) ●ポータブルトイレを購入したい。

→標準タイプ以外(長穴タイプ、前後傾調節脚付、脱臭付等)を選択する場合

例) ●シャワーチェアを購入したい。

→標準タイプ以外(肘掛け付、折りたたみ式、コンパクトタイプ、ワンタッチ式の折りたたみタイプ等)を選択する場合

6、受領委任払いについて(住宅改修と同じ)

原則償還払いだが、以下に該当する方は受領委任払いにすることができる

○生活保護法の規定による生活扶助を受けている者または、世帯全員が市民税非課税であり介護保険料の滞納がない者

○福祉用具購入の受領委任払いについて施工事業者の同意が得られている者

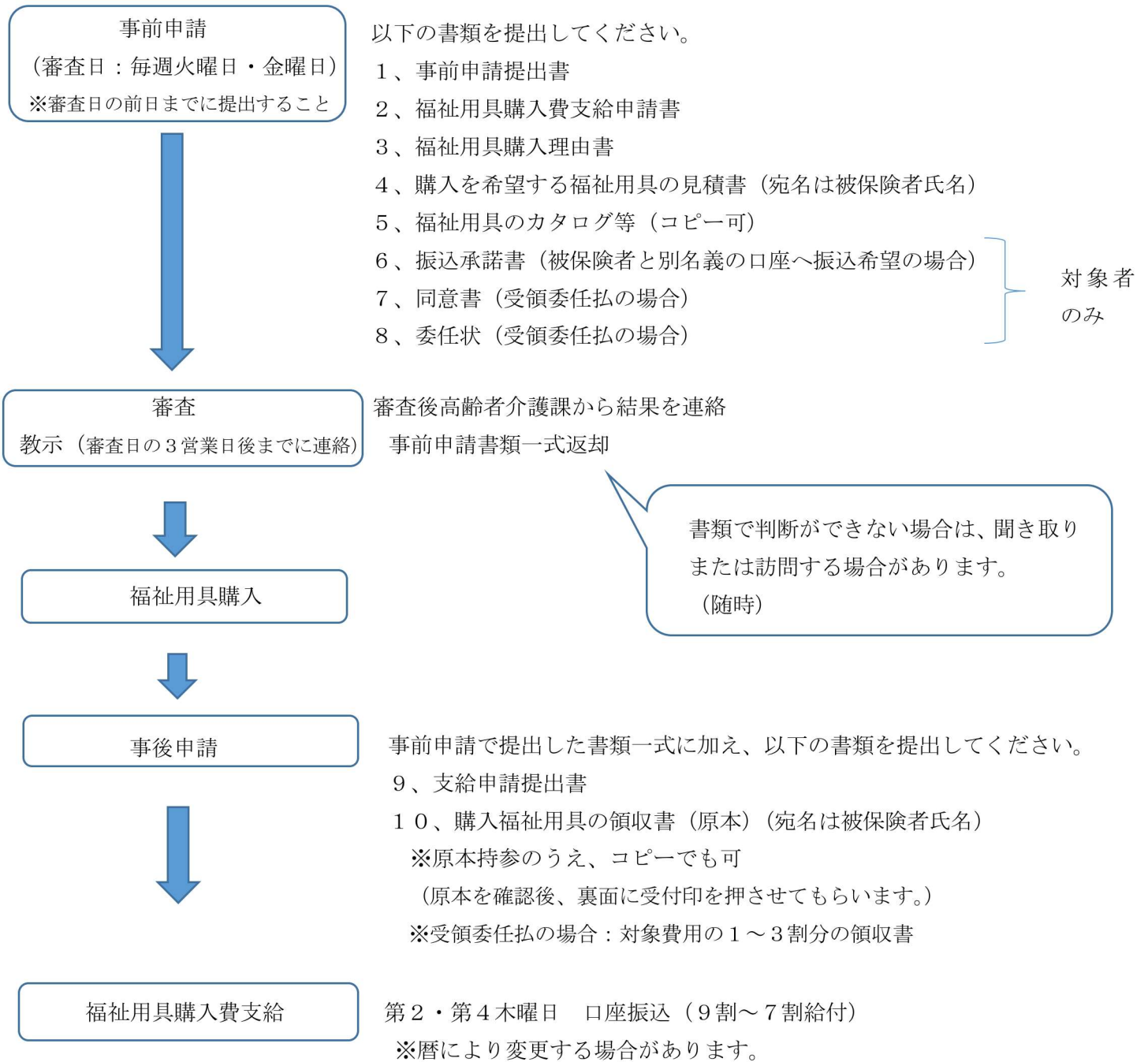
7、福祉用具購入の締め切りから決定の期間について(住宅改修と同じ)

審査日：火曜日・金曜日(審査日の前日までに提出すること)

審査日の3営業日後の午後には結果を連絡します。

※申請から決定までに1週間程度かかるため余裕をもって準備を進めること

●申請手順・提出書類



※審査後、購入を中止する場合は「介護保険（福祉用具）にかかる申請取り下げ書」を提出してください。

香南市受付欄

＜記入例＞

①事業所 → 香南市

介護保険特定福祉用具購入にかかる事前申請提出書

① 提出日 令和 年 月 日

下記被保険者の福祉用具購入について、必要書類を提出します。

②	事業所名 (電話番号)	居宅〇〇事業所 57-□□□□	被保険者番号	0123456789
	担当者名	高知 花子	被保険者名	香南 太郎

【事前申請時】
①事前申請提出日
を記入
②枠内を全て記入

※申請の受付後、提出書類に不備があった場合、再申請を求めることがあります。

香南市記入欄	確認欄			
本申請の介護保険特定福祉用具購入を下記 のとおりとする。 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 受領委任払い	課長	課長補佐	係長	係

【事後申請時】
③事後申請提出日
を記入

②香南市 → 事業所

特定福祉用具購入事前申請の確認済連絡票 年 月 日

提出のあった福祉用具の内容に変更が生じた場合は、新たに届け出が必要です。

※事前に届出のあった福祉用具の購入についてのみ、保険給付の支給対象になります。

②	事業所名	居宅〇〇事業所 57-□□□□	被保険者番号	0123456789
	担当者名	高知 花子	被保険者名	香南 太郎

※事前申請結果

承認 不承認

償還払い 受領委任払い

利用者負担額 (1割: 円)
保険給付支払額 (9割: 円)

市担当欄

香南市受付欄

③事業所 → 香南市

介護保険特定福祉用具購入にかかる支給申請提出書

③ 提出日 令和 年 月 日

下記被保険者の福祉用具購入費支給申請について、必要書類を提出します。

②	事業所名 (電話番号)	居宅〇〇事業所 57-□□□□	被保険者番号	0123456789
	担当者名	高知 花子	被保険者名	香南 太郎

※申請の受付後、提出書類に不備があった場合、再申請を求めることがあります。

フリガナ	コウナン タロウ		保険者番号	3 9 2 1 1 8									
被保険者氏名	香南 太郎		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明・ 女 昭 ○年 ○月 ○日		性別	男 ・ 女									
住 所	〒 香南市 野市町西野 ●●		電話番号 57-●●●●										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	①	購入金額	購入日									
楽ポータブルトイレ 12-567型番	●●製造/△△販売	④	15,000円	令和○年○月○日									
			円	令	和	年	月	⑤					
			円	令	和	年	月	日					
別紙参照													
福祉用具が 必要な理由													
香南市長 様													
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。													
⑥	令和○年○月○日												
申請者	住所 香南市 野市町西野 ●●		②										
	氏名 香南 太郎		電話番号 57-●●●●										

注意 ・この申請書の裏面に、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載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

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。

口座振込 依頼欄	銀行	信用金庫	農業協同組合	△△	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			1. 普通預金	9	8	7	6	5	4
	1	2	3	4	9	8	7	2. 当座預金					
	フリガナ			コウナン タロウ				3. その他					
③	口座名義人			香南 太郎									

【事前申請時】

- ①必要事項記入
- ②本人の住所・氏名・電話番号記入
- ※自筆で氏名を書いた場合押印不要
- ※代筆の場合(ケアマネジャー、家族等が記入した)
代筆者の名前の記入が必要
- ③振込先記入
- ※受領委任払いの場合記入不要
- ④税込み金額を記入

【事後申請時】

- ⑤購入日(領収日)を記入
- ⑥事後申請提出日の日付を記入

福祉用具購入理由書

《記入例》

① 基本情報

被保険者番号	123456789	被保険者氏名	香南 太郎			
作成者	居宅介護支援事業所	居宅□□事業所	作成者氏名	高知 花子	連絡先	57-□□□□

① 必要事項を記入する

② 人の状況

【身体状況】 脳血管障害 骨・関節障害 骨粗鬆症 リウマチ パーキンソン病 内部疾患 糖尿病 高齢によるADL低下 その他()

【家族状況】 単身 夫婦 その他(息子夫婦) ⇒ 合計 3 人 うち65歳以上 1 人

【介護サービス導入状況】
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護 その他()

② 該当する項目を記入する

③ 用具の内容

【福祉用具購入の種類】 腰掛便座 特殊尿器 入浴用補助具 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分 自動排泄処理装置の交換可能部品

スロープ※ 歩行器※ 歩行補助つえ※ ※の福祉用具を購入する場合は、下記のチェックボックスも記入が必要

利用者等の意志決定に基づき、貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行いました。

【福祉用具等の利用状況】 レンタル・購入分全て記入
車いす 特殊寝台 手すり 歩行器 歩行補助杖 徘徊感知機器 移動用リフト 腰掛便座 入浴用用具
その他()

③ 該当する項目を記入する

④ 購入理由

日常生活動作の状況 (する、できない、見守り等)	②①の具体的な困難な状況 (…なので…に困っている)を具体的に記入してください。	③購入目的・期待効果を記載した上で、改善点を記入 (…することで…が改善できる)を用具ごとに詳しく記入してください。
座位保持 () 歩行 () 立ち上がり () 移乗 () 移動 () 排泄 () 浴槽への出入り () 浴槽内の姿勢保持 ()		

④ 購入品目に関わらず全て記入する

≪記入例≫

① 令和〇年〇月〇〇日

振 込 承 諾 書

香南市会計管理者 様

② 氏名 香南 太郎

③ 住宅改修/福祉用具

今般、貴殿から支払われる住宅改修/福祉用具費を、自己名義口座がないため、下記預金口座へ振り込み願いたくご依頼いたします。

記

④

口座の名義	フリガナ 氏名	香南 一 <small>こうなん はじめ</small>	本人との 続 柄	長男
振 込 先	〇〇	銀行 農協	〇〇	本店 支店
口座の種類	普通 当座	口座の番号	9876543	

- ①書いた日を記入
- ②本人の氏名を記入
- ③住宅改修か福祉用具どちらか該当する方を記入
- ④振込を希望される口座を記入

領収書

償還払の場合 記入例

領収書

〇〇 〇〇様

金額 ￥ 12,000

但 ポータブルトイレ 介護保険対象

但書には、『購入品目、介護保険』の文言が必要です。

施工業者住所
施工業者名
施工業者代表名 (業者印)

受領委任払いの場合 記入例

領収書

〇〇 〇〇様

金額 ￥ 1,200

但 〇〇〇〇 (¥12,000) 介護保険対象受領委任
自己負担分〇割分として

但書には、『購入品目、10割金額、介護保険自己負担分〇割分 (※1)』の文言が必要です。

施工業者住所
施工業者名
施工業者代表名 (業者印)

(※1) 負担割合証で1割～3割を確認すること

《記入例》

様式第1号（第4条関係）

香南市介護保険福祉用具購入費受領委任払に関する同意書

①

令和〇年〇月〇〇日

香南市長 様

被保険者に対して事業者が実施する特定福祉用具販売について、被保険者及び事業者は、香南市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払実施要綱を遵守することを誓約し、事業者は被保険者がこの受領委任払の制度を利用することに同意します。

被保険者

住 所 香南市野市町西野●●

氏 名 香南 太郎

②

事業者

所在地 香南市野市町西野●●

事業者名 株式会社 ○○

代表者氏名 野市 次郎

③

【事前申請】

- ① 書いた日を記入
- ② 本人の情報を記入
- ③ 業者の情報を記入

《記入例》

香南市介護保険福祉用具購入費受領委任払に係る委任状

① 令和〇年〇月〇〇日

香南市長 様

委任者 (被保険者)	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	氏名	香南 太郎									
	住所	〒781-5292 香南市野市町西野●● 電話番号 57-●●●●									

私は、次の者、令和〇年〇月〇〇日の申請に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。

受任者 (事業者)	事業者名	株式会社 ○○												
	代表者氏名	野市 次郎												
	所在地	〒781-5292 香南市野市町西野△△ 電話番号 57-△△△△												
振込先	銀行	信用金庫	農協	金融機関コード				本店	店舗コード					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	△△	支店	5	6	7		
	出張所													
	口座種目	1.普通預金 2.当座預金 3.その他					口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	カブシキガイシャ ○○												
	口座名義人	株式会社 ○○												

【事前申請】

- ① 書いた日を記入
- ② 本人の情報を記入
- ③ 業者の情報と振込先を記入

