

各種申請マニュアル 改訂版

償還払・住宅改修・福祉用具購入・軽度者レンタル・第三者行為求償



令和7年4月
高知市介護保険課給付係

もくじ

- | | |
|-------------------|--------|
| 1. 償還払 | P1～6 |
| 2. 住宅改修 | P7～32 |
| 3. 福祉用具購入 | P33～47 |
| 4. 軽度者レンタル | P48～55 |
| 5. 第三者行為求償 | P56～60 |
| 6. 申請書様式 (HP掲載場所) | |

償 還 払

償 還 払 (食費・居住費も含む)

介護サービスなどの費用を一旦全額(10割)本人が事業所に直接支払っていただきます。

後日、申請により保険給付分が高知市から本人に支給されます。

※介護予防・生活支援サービス事業の総合事業に償還払は適用されません。

◎ ケアプラン未作成のままサービス提供を行った場合

高知市への転入後、ケアプランを立てずにサービスを提供した場合、償還払いとなります。

転入等により保険者が変更になる場合は、サービス内容に変更が無い場合でもケアプランを新たに作成してください。高知市に転入手続き後、被保険者証が被保険者の手元に届くまでに時間がかかります。

被保険者証が届いていない場合でもサービス利用開始までに必ずケアプランの作成と居宅の届出を行ってください。被保険者番号が不明な場合も、居宅の届出を受け付けています。

◎ 介護保険料を滞納した場合

介護保険料を1年間滞納した場合、給付制限(支払方法の変更)の対象となり、償還払いとなります。

施設サービス(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院)・ショートステイを利用する際の食費・居住費も負担限度額認定証を持っている方は、償還払いの対象となります。

食費及び居住費の補足給付(負担限度額との差額支給)に係る特定入所者介護(介護予防)サービス費支給申請書等の提出をしてください。



確認申請手順

償還払 必要書類

- 支給申請書(様式第18号)
- 口座振替申出書(委任払、相続払の場合)
- サービス提供証明書原本
- 領収証原本



高知市介護保険課給付係で
提出書類確認



支給決定

利用者へ6～10割分支給



申請書はホームページでダウンロードできます

介護保険課給付係の窓口でも申請書一式を配布しています。
郵送での対応は行っておりません。



◎ホームページの掲載場所は、このマニュアルの「6.申請書様式」をご覧ください。

申請書

償還払

様式第18号

介護保険居宅介護サービス費等支給申請書
(年 月 分)

サービス提供月を記入
(1月分ごとに1枚必要)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	3 9 2 0 1 9									
	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女							
住 所	介護保険対象サービスの全額を記入 電話番号										
支払金額合計	円										
申 請 理 由	償還払となった理由を記入 (例)・給付制限(支払方法の変更)適用中 ・居宅サービス計画未作成 等										
高 知 市 長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（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、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、施設介護サービス費の支給を申請します。 本人死亡の場合は相続人の氏名、住所で申請 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____											

委任払又は申請者が相続人のときは、この部分は未記入かつ、口座振替申出書が別途必要

提供証明書又は居宅介護支援提供証明書を併せて添付してください。

口座振替 依 頼 欄	信 協 農 協	種 目	1 普通預金	金融機関コード				店舗コード			
		2 当座預金									
		3 その他									
	口座番号										
フリガナ 口座名義人											

高知市記入欄

区 分	介護認定	備 考	領収証確認欄	サービス提供 証明書確認欄
1 一般			入力	
2 支払方法の変更 (~)				
3 給付額減額 (割) (~)				
負担割合 (割)				

送付先 有 () ・ 無

サービス提供証明書 (居宅支援)

償 還 払

居宅介護支援提供証明書

サービス提供月を記入

公費負担者番号										令和 0 6 年 0 5 月分												
事業所番号 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5										保険者番号 3 9 2 0 1 9												
居宅介護支援事業者	事業所名称	居宅介護支援事業所 ごま										所在地	〒 7 8 0 - 8 5 7 1 高知市本町5丁目1番45号									
												連絡先	電話番号 088-823-9959									
												単位数単位	(円/単位)									

項番	被保険者番号	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7										(フリガナ) 氏名	カイゴ タロウ 介護 太郎										性別	1. 男 2. 女	
	公費受給者番号											要介護状態区分	1・2・3・4・5										認定有効期間	1. 平成 0 6 年 0 4 月 0 1 日から 2. 令和 0 8 年 0 3 月 3 1 日まで	
	担当介護支援専門員番号											サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日												
	サービス内容	サービスコード										単位数	要 要										サービス単位数合計		
給付費明細欄	居宅介護支援ⅠⅡ	4 3 2 1 1 1										1 0 7 6	1 1 0 7 6										1 7 8 3		
	居宅支援初回加算	4 3 4 0 0 1										3 0 0	3 0 0										請求額合計		
	居宅支援特定事業所加算Ⅱ	4 3 4 0 0 3										4 0 7	4 0 7										1 7 8 3 0		

サービス提供月を含んだ期間、介護度

10割の額

項番	被保険者番号											(フリガナ) 氏名											性別	1. 男 2. 女	
	公費受給者番号											氏名													
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										1. 平成 2. 令和	年 月 日 から 日 まで												
	担当介護支援専門員番号																								
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード										単位数	要 要										サービス単位数合計		

色つき部分は記入不要

サービス提供証明書 (施設サービス)

償 還 払

サービス提供証明書

(特定施設入居者生活介護 (短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護 (短期利用以外))

サービス提供月を記入

公費負担者番号		令和	0	6	年	0	5	月	分
公費受給者番号		保険者番号	3	9	2	0	1	9	
被保険者番号 (7桁)	7 7 7 7 7 7 7 7 7	事業所番号	2	2	2	2	2	2	2
氏名	カイト タロウ 介護 太郎	事業所名称	介護付有料老人ホーム セサミ						
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 1 1 年 0 8 月 2 2 日	所在地	〒780-8571 高知市本町5丁目1番45号						
性別	1.男 2.女	請求事業者							
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5	連絡							
認定有効期間	1.平成 2.令和 0 6 年 0 4 月 0 1 日 から 令和 0 8 年 0 3 月 3 1 日 まで								
入居年月日	0 4 年 0 5 月 0 1 日	退居年月日	令和 年 月 日	入居実日数	3	1	外泊日数		
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院								
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所								

サービス提供月を含んだ
期間、介護度

色つき
部分は
記入不要

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
特定施設生活介護 4	3 3 1 1 4 1	7 3 8 3 1	2 2 8 7 8				
特定施設夜間看護体制加算	3 3 1 1 6 0	1 0 3 1					
特定施設生活機能向上連携加算Ⅰ	3 3 4 0 0 2	2 0 0 1					
特定施設 ADL 維持等加算Ⅰ	3 3 6 0 0 5	3 0 1					
特定施設ヘルス提供体制加算Ⅰ	3 3 6 0 9 9	2 2 1					
特定施設口腔衛生管理体制加算	3 3 6 1 2 2	3 0 1					
特定施設医療機関連携加算	3 3 6 1 2 3	8 0 1					
特定施設処遇改善加算Ⅲ	3 3 6 1 2 8	8 0 0 1					
特定施設ヘルスケア等支援加算	3 3 6 1 4 1	3 6 4 1					
特定施設科学的介護推進体制加算	3 3 6 3 6 1	4 0 1					
合計							

10割の額

区分	保険分	公費分
①外部利用型給付上限単位数		
②外部利用型上限管理対象単位数		
③外部利用型外給付単位数		
④給付単位数	2 5 4 1 4	
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額 (円)		
⑧利用者負担額 (円)	2 5 4 1 4 0	

枚中 枚目

サービス提供証明書 (例:訪問・通所等)

償還払

サービス提供証明書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外))

サービス提供月を記入

利用したサービスに合うサービス提供証明書を
使用してください

令和 0 6 年 0 5 月分

保険者番号 3 9 2 0 1 9

事業所番号 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3

事業所名称 ヘルパーステーション ストリート

ヘルパーステーション ストリート

〒 7 8 0 - 8 5 7 1

高知市本町5丁目1番45号

所在地

連絡先 電話番号

サービス提供月を含んだ
期間、介護度

要介護
状態区分 要介護 1・2・3・4・5

認定有効
期間 令和 0 8 年 0 3 月 3 1 日 から

令和 0 8 年 0 3 月 3 1 日 まで

償還払となる
サービスの終了日

居宅
サービス
計画 1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成

事業所
番号 事業所
名称

開始
年月日 1.平成 年 月 日 中止 令和 年 月 日

中止
理由 1.非該当 3.療養機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院

サービス内容 回数 サービス単位数 公費分
回数 公費対象単位数 摘要

身体1生活1 3 9 5 1

生活援助2 1 2 2 1 9 6

生活援助3 6 1 3 5 0

訪問介護初回加算 1 1 4 0 0 1 2 0 0 1 2 0 0

訪問介護処遇改善加算Ⅰ 1 1 6 2 7 5 6 4 3 1 6 4 3

訪問介護特定処遇改善加算Ⅱ 1 1 6 2 7 9 1 9 7 1 1 9 7

償還払となる
サービスの初日

福祉用具貸与のときは
ここにコードを記入

色つき部分は
記入不要

給付費明細額 (住所
地特例
対象者)

サービス内容 サービスコード 単 位 数 公費対象単位数 施設所在
保険者番号 摘要

①サービス種類コード 1 1 訪問介護

②サービス実日数 2 1 日 日 日 日

④計画単位数

⑤限度額管理対象単位数 4 6 9 7

⑥限度額管理対象外単位数 8 4 0

⑦給付単位数(④⑤のうち
少ない数)÷⑧

⑧公費分単位数

⑨単位数単価 1 0 0 0 円/単位 円/単位 円/単位 円/単位

⑩保険請求額

⑪利用者負担額 5 5 3 7 0

⑫公費請求額

⑬公費分本人負担

請求額集計欄

給付率 (100)

保険

公費

合計

5 5 3 7 0

社会福祉
法人等
による
軽減
率

軽減率 10割の額

受領すべき利用者
負担の総額(円)

軽減額(円)

軽減後
負担額

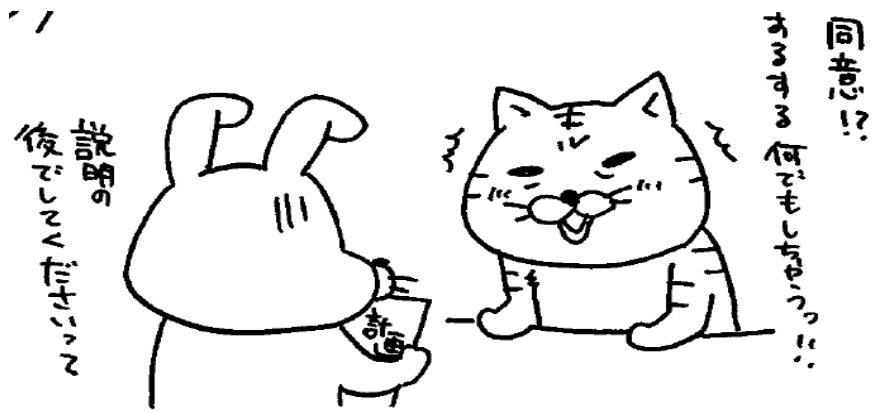
10割の額

備考

枚中 枚目

住宅改修

ページ	変更箇所
P8～P12 チェック項目	・項目の並び変更 ・親族用承諾書, 転居・転入前の申請, 見積書に追記あり
P16～P17 支給申請書	・業者名・役職名・代表者名の内容に追記あり
P21～ 見積書 P22～ 平面図 P23～ 写 真	・見積書, 平面図, 写真に変更箇所と追記あり
P24～ 理由書	・「利用者の身体状況」「住宅改修により～」変更箇所あり
P28～ 領収書	・追記あり
P29～ 内訳書	・変更箇所と追記あり
P30～P31 改修業者さんに確認して ほしいこと	・今回, 新たに作成したページになります。 確認をお願いします。



チェック項目

住宅改修

改修の種類

- ①手すり ②段差解消 ③床材変更 ④扉の取替え ⑤便器の取替え
のいずれかが対象となるもの及び①～⑤の付帯工事

事前確認 の期間

- ・特段の事情がない限り、特別に確認を急ぐことはできません。
- ・事前提出から着工許可まで一週間程度（土日祝日は除く）かかることを見込んで準備すること（利用者への説明が肝要）。



改修の 必要性

- ・「どうすれば改修の対象となるか」という質問にはお答えできません。
- ・現在必要性のない改修（将来必要となりそうなものを取り付けておく…等）は対象外。

改修先住所

- 介護保険被保険者証の記載住所地のみが対象。
同じ敷地でも住所地が異なる部分は対象外（別棟がある場合等は要注意）。
※ 住所地が施設の場合や一時的に身を寄せている住宅の場合、また、住宅改修の対象とならない施設（特定施設など）もあるため、給付係までお問い合わせください。

側溝等

- ・出入口に側溝があり、そこに手すりやスロープ等を設置するときは、側溝のある道路（市道・農道等）を管轄する部署への確認及び許可が必要。ただし、その部分が住所地の範囲でない場合は給付対象外。

隣地との境界

- ・境界部分の改修については、杭や境界ピン等により確認できない場合、着工許可できないことがあります。

賃貸住宅

- ・県住や市住の場合は、管轄部署が発行する許可証(原本)が必要。
- ・所有者との関係で、以下の承諾書が必要。
 - ① 賃借人用（本人又は親族が賃貸人の承諾を得る内容）
 - ② 親族用（本人が親族の承諾を得る内容）
 - ③ 相続人代表用

※ 賃借人用については給付係で写しをとり、原本は返却します。

親族用 承諾書

- ・所有者が親族で死亡している場合。
所有者が本人の配偶者の名義のままになっている時は、その配偶者は相続人になり得るので、承諾書は必要ない。
ただし、所有者が本人の配偶者以外であった場合は、相続人になりうる者の代表（※）からの承諾書が必要となる。
 - ・相続人になりうる者の中から代表者 1 人に承諾をもらう（親族間できちんと話し合い、他の相続人から異議があった場合に責任を持って対応することを確認すること。相続人が本人のみの場合、相続人代表が本人でも可。）。
- ※ 他の相続人から異議があった場合は代表者に責任を持って対応してもらうこととする。その対応が困難な場合は、相続人となり得る者の全員からの承諾が必要となる。
- （例）所有者が本人の夫の父であって、父が亡くなっている場合、相続人になり得る夫の母や夫の兄弟からの承諾書が必要となる。
- もし、夫や夫の母、夫の兄弟が全員死亡している場合はその子や孫等の承諾書が必要となる。
- （注）屋外工事の場合、土地の所有者からの承諾を要する。

転居・転入前 の申請

- ・転居前でも事前申請は可能。その際、申請書の住所欄には転居後の住所地を記入すること。申請者住所は現住所を記入すること。
- ・転入の場合、転入前の保険証の写しを添付すること。

※ 実際の支払処理は新しい住所への変更が確定してからとなります。

※ 領収書の発行日は、転入後の日付でお願いします。

入院・入所中・ 転居前のとき

- ・事前申請時点で入院中・入所中・転居予定の場合は、申請書の右余白に退院予定日・退所予定日・転居予定日を記載すること。
- ※ あくまで目安として退院・退所・転居予定日から 10 日程度前以降（土日祝日は除く）に事前申請を行う。
- ・退院・退所・転居するまでは工事を実施していても支給できない。
- （例）退院しないまま死亡した場合などは工事を実施していても支給できない（利用者への説明が肝要。）。

申請書様式

- ・償還払なのに受領委任払用の申請書を用いたり、受領委任払なのに償還払の申請書を用いた場合受付することができません。）。
 - ・償還払着工OKの後で受領委任払に変更することは不可。
- ※給付制限(支払方法の変更・給付額の減額)適用中の者は受領委任払は不可。

ケアプラン

- ・2表には、必ず住宅改修の内容や箇所・規模等を記載。

申請後の 居宅変更

- ・事前申請後、着工前に居宅介護支援事業所を変更する場合等は、原則として一旦申請を取下げし、変更後の居宅介護支援事業所からあらためて事前申請すること。
- ・申請者の事情等やむを得ない理由がある場合は、給付係に必ず連絡すること。

改修工事予 定日の変更

- ・事前申請から着工までに入院した場合、着工までに時間がかかった場合など本人の身体状況や改修内容に変更がある時は再度事前申請をすること。
- ※本人の身体状況や改修内容に変更のない場合は経過記録を提出すること（様式は問いません。）。

工事内容の 変更

- ・事前申請により着工OKになった後、改修箇所や内容等に少しでも変更が生じた場合は、変更部分に着手する前に介護保険課給付係へ連絡すること。
- ・連絡がなかった場合、その変更部分は給付対象外となる可能性があります。利用者及び施工業者に事前に、「少しでも変更があれば、着手前に必ずケアマネに連絡ください」と必ず伝えておくこと。

生活保護 受給者

- ・生活保護受給者は原則受領委任払となり、まず給付係に事前申請する（給付係からの事前確認済みの連絡の後、福祉課からの着工許可が出てから工事着手可となる。）。
- ・保護変更申請書を添付すること。
- ・工事後の書類はすべて福祉課に提出する。

完了届出

- ・事後申請をする際は、領収証・内訳書・工事内容の分かる写真と完了届出書をあわせて窓口に提出すること。
- ・完了届出書は受領委任払と償還払で異なるので注意すること（償還払なのに受領委任払用の完了届出書を用いた場合、受付できません。）。
- ・入院，入所中，認定申請中，転居予定の人はそれぞれ退院，退所，認定，転居が済んでから完了届出書の提出をすること。

※認定申請中でも申請可能ですが、支給は認定結果が出てからになります。

改修前後の写真

- ・申請者氏名(フルネーム)が各写真と平面図に入っていること。（所有者名は不可）
- ・必ず改修箇所の写真（改修前後）の中に日付が入っていること。
- ・事前申請時に改修部分，取り付け部分がわかる写真を添付し，改修箇所を写真内に書き入れること。
- ・踏み台等を取り付けた場合には事後申請時に取り付け（固定）部分がわかる写真も添付すること。
- ・用紙に印刷したものではなく，写真そのものを提出する場合はA 4 の用紙等に糊付けしておくこと。
- ・改修前の写真は概ね2か月前以内のものなら可。

手すりと段差

- ・手すりの取付理由が「段差を越える時に必要」である場合等は，手すり改修箇所の写真と共に，メジャーを当てるなど高さが分かる段部分の写真も添付すること。

見積書

- ・申請者氏名はフルネームで記載すること。〇〇(名字)様邸，所有者名は不可。
- ・適正な価格での改修工事を行うために，2社以上に見積書を求める場合があります。あらかじめご了承ください。

小数点以下の金額

- ・受領委任払の自己負担分(1割～3割)は小数点以下切り上げ。その他(合計金額の消費税等)は切り捨てる。

住宅改修業者について

- ・指定の業者はありません。
- ・ご家族が施工する場合は，材料費のみが対象となります。

領収証

- ・領収証宛名は申請者氏名で、フルネームであること。
- ・原本を提出(コピーのみの提出は不可)。
- ・但書に、「介護保険での住宅改修費であることが分かる」文言を記入してください。

☆受領委任払の場合…領収証の但書は「介護保険対象〇割自己負担金」等と記入。
自費部分を含んだ額面の場合は「うち介護保険対象〇割自己負担金〇〇円」等と記入。 ※〇割…1割～3割

取下げ届出

- ・事前申請を行った後に申請の取り下げを行う場合は、取下げ届出書に必要事項を記入して提出すること。

住宅改造 助成事業

- ・事前相談及び申請をする際、まずは高齢者支援課住宅改造助成事業担当に連絡をし、来課する日程を調整してください。両課で対応します。

修繕等

- ・既存の設備が壊れた等の理由で、それを修繕又は同じ機能のものを同じ位置に付け替える工事は対象外。

新築・増築 ・拡張

- ・新築・増築等は対象外。
- ・通路幅等が狭いものを広げる工事は、拡張であるため対象外。

共有部分 について

- ・改修する場所が他人との共有部分（マンション等の玄関アプローチ部分など）については、本人以外も使用するため、原則対象外。



基準となる
長さや幅

手すり：30 c m以上の余りが出る場合には、余り部分にかかる部材費は自己負担

例えば、65 c mの手すりをつける工事で、1 m（100 c m）の部材

購入5,000円が見積に記載されている場合。35 c m分の部材は余りとなる

$$35 \text{ (c m)} \div 100 \text{ (c m)} \times 5,000 \text{ (円)} = 1,750 \text{ (円)}$$

使用せず余った部材35 c m分の1,750円は10割負担

（消費税等上乗せあり）

踏み台：横幅(有効幅)は原則60 c mまで。被保険者本人の身体状況によって個別対応を行う

例えば、**片手** で杖をつきながら踏み台を昇降する場合は 70 c m

両手 で杖をつきながら踏み台を昇降する場合は 80 c m

踏み台上に **片側手すり** がつく場合、手すりも含めて 70 c m

踏み台上に **両側手すり** がつく場合、手すりも含めて 80 c m

踏み台上に **片側手すり** がつき、片手で杖をつく場合、

手すりも含めて 80 c m

※ 固定方法の記載と、事後で固定部分のアップ写真が必要

※ 踏み台(ステップ台)の有効幅は60cm、手すり部分は10 c mと考え、これを超えたものについては按分による自己負担の対象となる

床材の変更：横幅は原則80 c mまで。踏み台同様、被保険者
(砂利からコンクリート等) 本人の身体状況により個別対応あり

例えば、フリーハンド歩行の場合は80 c m

片手 で杖をつきながら歩行する場合は 90 c m

両手 で杖をつきながら歩行する場合は 100 c m

歩行器または車いすで通行する場合は 100 c m

通行面上に **片側手すり** をとりつける場合、手すりも含めて 90 c m

通行面上に **両側手すり** をとりつける場合、手すりも含めて 100 c m

スロープ：横幅は原則80 c mまで。踏み台同様、被保険者本人の身体状況により個別対応あり

例えば、フリーハンド歩行の場合は80 c m

片手 で杖をつきながら歩行する場合は 90 c m

歩行器または車いすで通行する場合は 100 c m

スロープの勾配：原則1/12以下であること（車いす自走の場合の目安）
被保険者本人の身体状況や移動方法によって個別検討

有効幅計算の参考資料：『高知県ひとにやさしいまちづくり条例

施設整備設計マニュアル』

高知県 子ども・福祉政策部障害福祉課

土木部建築指導課



※高知市独自で設定している基準です。全国共通ではありませんのでご注意ください。

住宅改修償還払・受領委任払について利用者から相談

住宅改修のための訪問調査

事前申請

償還払

利用者は一旦10割支払

- ※
- 支給申請書(様式第20号)
 - 住宅の所有者の承諾書
※所有者が被保険者又は被保険者の配偶者でないとき
 - 工事費見積書
 - 平面図(本人動線・改修箇所がわかるもの)
 - 住宅改修前の日付入写真
※改修前の状態を確認できる写真
※写真にて改修箇所が特定できる写真
 - 住宅改修が必要な理由書
 - 居宅(予防)サービス計画書(1),(2)
※本人同意が確認できるもの(予防で居宅へ委託している場合はセンターの確認印あるもの)
 - 高齢者実態把握票と相談・経過観察票(地域包括支援センターの場合)

◇ 口座振替申出書(相続払又は委任払のとき)

受領委任払

利用者1割～3割支払

- 支給申請書【受領委任払用】(様式第1号)
- 左記の※の書類
- ☆生活保護受給者の場合
上記に加え、保護変更申請書



介護保険課にて提出書類確認後、事前申請の結果を電話連絡
(生活保護受給者の場合は、その後福祉課から連絡)

住宅改修の着工・完了

支給申請

償還払

利用者は一旦
10割支払

- 完了届出書
- 住宅改修に要した費用に係る領収証
原本
- 工事費内訳書(見積書・請求書では
受付不可)
- 住宅改修後の日付入写真
※ 完成後の状態を確認できる写真

受領委任払

利用者1割～
3割支払

- 完了届出書(受領委任払用)
- 対象工事1割～3割分の領収証原本
(1円未満切り上げ)
- 工事費内訳書(見積書・請求書では
受付不可)
- 住宅改修後の日付入写真
※ 完成後の状態を確認できる写真

支給決定

利用者へ6割～9割分支給

支給決定

施工業者へ7割～9割分支給

※ 介護保険料滞納により給付制限がかかっている方は、受領委任払いは利用できません。



支給申請書(償還払用)

住宅改修

様式第20号

生年月日・住所 必ず被保険者証の記載と相違ないか確認		保険者番号 3 9 2 0		受領委任払用 と間違えない よう注意！！	
生年月日	年	所有者の氏名を記入 ※所有者が配偶者のときは 承諾書必要なし 所有者が県や市の場合は「高知県」「高知市」と記入		所有配偶者死亡の場合は 「亡夫」「亡妻」等と記入	
住 所	〒	住宅の所有者		本人との関係 ()	
改修の内容、 箇所及び規模		住宅改修の種目名、改修箇所、規模（大きさ・手すりの本数等）を記入。 工事箇所の番号を、見積・図面・写真と統一すること 記入例：手すり ①浴室 インテリアバー 1本 ②脱衣室 木製手すり取付 1本			
業者名・代表者名		着工・完成予定日 あくまで「予定」必ず記入しておく (実際の工事が数日ずれても可)			
着工予定日	年 月 日	完成予定日	年 月 日		
業者名・役職・代表者名 役職・代表者名の記入抜かりが多い 必ず業者名と役職、代表者名を記入すること		給付係に事前申請 する日を記入			
氏 名		電話番号			

※ 注 意 ・ この申請書に、領収証、介護支援専門員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、所有者の同意書等を添付してください。

居宅介護（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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所	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
	フリガナ 口座名義人	口座番号	該当番号に○をする		
金融機関に○をする 特に「高知銀行」と「高知信用金庫」とで区別が付かない場合があるので注意		ゆうちょ銀行の場合は、この欄に 支店名(六四八等)を記入 支店名がない場合は「記号」の番号を記入 例：16450		申請書提出時点で入院している場合は、右 余白に退院予定日を 記載 (※注) 入院中の場合は、目安として退院予定日から10日程度前以降に 事前申請を行う	
改修費用合計	円	支給額(合計×)	円(上限 万円)		

事前受付日	年 月 日	担当者	係 長	課長補佐	課 長	確認者	領収証提出日
確認日	年 月 日						年 月 日
通知日	年 月 日						

支給申請書（受領委任払用）

住宅改修

様式第1号

被保険者		事業者		金融機関		その他		
生年月日・住所 必ず被保険者証の記載と相違ないか確認	所有者の氏名を記入 ※所有者が配偶者のときは 承諾書必要なし 所有者が県や市の場合は「高知県」「高知市」と記入	業者名・役職・代表者名 役職・代表者名の記入抜かりが多い 必ず業者名と役職、代表者名を記入すること	受任者（事業者） 事業所名 代表者氏名 電話番号	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所 出張所	口座振替 依頼欄	金融機関コード 店舗コード	
住宅改修の種目名、改修箇所、規模（大きさ・手すりの本数等）を記入。 工事箇所の番号を、見積・図面・写真と統一すること 記入例：手すり ①浴室 インテリアバー 1本 ②脱衣室 木製手すり取付 1本	着工・完成予定日 あくまで「予定」必ず記入しておく （実際の工事が数日ずれても可）	給付係に事前申請する日を記入	例：16450	口座名義人の役職も記入 例：〇〇株式会社 代表取締役 〇〇〇〇	申請書提出時点で入院している場合は、右余白に退院予定日を記載 （※注） 入院中の場合は、目安として退院予定日の10日前以降に事前申請を行う	金融機関に○をする 特に「高知銀行」と「高知信用金庫」とで区別がつかない場合があるので注意	〇月〇日退院予定	
改修費用合計	支給額（合計×）	円（上限 万円）	事前受付日	年 月 日	担当者	係長	課長補佐	課長
確認日	年 月 日		確認者	領収証提出日	年 月 日			
通知日	年 月 日							

承諾書（親族用）

住宅改修

住宅改修承諾書 (親族用)

住宅所有者が、本人/配偶者/本人及び配偶者のときは必要なし

住宅改修の承諾書

私は、下記表示の住宅に、 利用者氏名 が別紙「介護保険
居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う

(例)
住宅所有者が息子夫婦の場合
高知 太郎 高知印
高知 花子 高知印
承諾書は1枚でよいが、氏名
欄・印はそれぞれ二段に分
けて記載し、直筆署名でき
ない場合は捺印(夫婦の場合
は同印でもよい)

(住宅所有者)

住所
氏名

(※)本人が手記

住宅所有者が直筆署名ができない場合は押印が必要です。
申請者と承諾者の名字が同じ場合は、承諾者印に気をつけること
申請者印と承諾者印はそれぞれ別の印を押印（シャチハタや認印でも可）

※印してください

(1) 住宅	名 称	名称はマンション名等を記入。 一般の住宅のときは記入必要なく、 所在地のみの記入でよい。	
	所 在 地		
	住 戸 番 号		
	住宅所有者との続柄		
(2) 住宅改修の概要	個 所 ・ 部 位	内 容	
	改修個所と部位を記入すること (例) 浴室の壁 廊下の床…等		所有者からみた利用者 例：所有者が息子の場合、父、 母、義母、義父、など 内容を記入すること (例) 手すり取り付け 段差の解消…等

承諾書(相続人代表用)

住宅改修

住宅改修承諾書
(相続人代表用)

住宅所有者が、本人/配偶者/本人及び配偶者のときは必要なし

住宅改修の承諾書

私は、下記表示の住宅に、利用者氏名 が別紙「介護保険「居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行います。なお、この承諾について他の相続人から異議がありましても相続人代表者が承諾します。

(相続人代表者)

住 所

氏 名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください



記

(1) 住 宅	名 称	
	所 在 地	
	住 戸 番 号	
	相続人代表者との続柄	

名称はマンション名等を記入。一般の住宅のときは記入必要なく、所在地のみの記入でよい。

(2) 住宅改修の概要	改修箇所	内 容
	改修箇所と部位を記入すること (例) 浴室の壁 廊下の床…等	相続人の代表からみた利用者 例：相続人代表が息子の場合、父、母、義母、義父、など 内容を記入すること (例) 手すり取り付け 段差の解消…等

住宅改修承諾書

(賃借人用)

住宅改修の承諾についてのお願い

私が賃借もしくは賃借関係にある下記(1)の住宅に係る住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので、承諾願います。

賃借人等の記入した日
年 月 日

(賃借人等)

名称はマンション名等を記入する。
一般住宅のときは記入必要なく、
所在地のみの記入でよい

(1) 住 宅	名 称	
	所在地	
	住戸番号	
(2) 住宅改修の概要	改修箇所	

◎日付に注意◎
 大家さんから住宅改修して良いという許可を
 もらうための書類です
 賃借人が記入後に賃貸人が許可をするため、
 賃借人の記入日≦賃貸人承諾日≦住宅改修申請日
 となるはずです

承 諾 書

上記について、承諾いたします。
(なお、

) 年 月 日

上記賃借人等の記入した日から
申請日までの日にち

管理人・不動産屋の名前は原則不可
所有者が、管理人や不動産屋に物件の管理
を一任している場合は、その事が確認できる書
類の写しを添付

賃貸人の直筆署名でない
場合は押印が必要です

氏 名

※

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください

注意

- 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、賃貸人に提出してください。賃貸人は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載してください。
- (1)の欄は、契約書頭書を参考にして記載してください。
- 承諾にあたっての確認事項等があれば、「なお、」の後に記載してください。

見積書

住宅改修

(有)△△工務店 担当〇〇
Tel 088-000-0000

見積書

申請者氏名 ※必ずフルネームを記載。所有者名不可。

高知 太郎 様

必ず作成年月日を記載する。

年 月 日

工事箇所	工事部分	名称	内容(仕様)	数量	単位	単価	金額	住宅改修 種類	算出根拠
1 浴室	壁	①インテリアパー	L=800mm H=900mm	1	本	8,800	8,800	1	
		取付費		1	式	2,000	2,000	1	
		小計					10,800		
2 脱衣室		②木製横手摺		1	本	3,800	3,800		
		取付費		1	式	2,000	2,000		
		小計					5,800		
形状・材質等も記載すること。 申請書・平面図・写真の名称は、改修場所や番号などで統一させる。 取付費は、材料費と分けて記載すること。 取付位置の記載は、見積書には必須ではありません。 写真か平面図に、必ず記載をお願いします。 住宅改修の種類に対応する番号を記入 (※必須ではありません) 1 手すり 2 段差解消 3 床材の変更 4 扉の取替え 5 便器の取替え 6 上記の付帯工事									
特記事項							小計	16,600	
							諸経費	3,000	
							合計	19,600	
							消費税	1,960	
							総合計	21,560	

様邸 着工後

申請者氏名
※必ずフルネームを記載
※所有者名不可

改修箇所の丸数字は見積り・写真と揃える

浴室

脱衣室

トイレ

玄関

利用者のベッド等の位置を記入

改修箇所のみでなく、
本人の動線の分かる図面
(※注)ケアマネさん自身が書き入れたものでもよい

着工前と区切等が異なる場合は着工前の平面図も添付すること

和室・リビング・居室など、部屋の内容が記載されていること
(※注)ケアマネさん自身が書き入れたものでもよい

和室

リビング

居室

平面図が写真に、取り付けの高さを必ず記載すること
(業者さんの手書きでも可)

① インテリアバー L=800mm H=900mm
② 木製横手摺取付 L=900mm H=900mm

☆ 玄関前の手すりのみ等、屋外のための改修であっても、本人の動線を確認するため必ず家屋内部の平面図も提出すること（動線に駐車場や庭、門も含まれる場合は平面図に記載すること）
☆ 階段に手すりを付ける場合等は、階段の上の階の平面図も提出すること

申請者氏名 ※必ずフルネームを記載。所有者名不可。

被保険者氏名:	様	住宅改修の種類	1	工事箇所名	脱衣室改修工事
名 称	木製横手摺取付 ②	改修箇所の写真には、見積り・図面と同じ丸数字や名称を記載			
改 修					

写真は原本に限る（取付箇所を記入するものについては別添でコピーで可）

改修箇所の写真は、住宅のどの部分であるか特定できる写真であること

(例)

壁に手すりを付ける場合、壁に寄りすぎて住宅内のどこの壁か特定できないものは受付できない

なお家屋等の構造上、周囲が写り込む写真が困難な場合は、何枚かの写真をつなげて取付部位が確認できるように写真を追加する

必ず写真内に日付が入っていること

※日付機能がない場合は黒板や紙等に日付を記入して写真に写し込むこと（パソコンで写真上に日付を打ち込む方法でも可）

写真に手書きで日付を記入したものは不可

(日付が簡単に操作できるため)

改 修 後

写真のコピーに、改修箇所や取付位置・改修後の状態が分かるように図を書き入れる

写真か平面図に、取り付けの高さを必ず記入すること
(業者さんの手書きでも可)

玄関の上がり框等、段差を昇降するために必要な手すりを設置する際は、段差の高さが分かるような写真を添付すること(スケールをあてたもの。余白か平面図に高さを記入すること)。浴槽の出入りが必要な手すりを設置する場合、浴槽の内側と外側の高さが分かる写真か平面図への記載が必要。

住宅改修が必要な理由書 (P1)									
<基本情報>									
被保険者 番号	生年月日	明・大・昭	年	月	日	作成日	年	月	日
利用者 氏名	要介護認定 (該当に○)	1・2	1	2	3	4	5	作成者	
住所	要支援	要介護							
連絡先 氏名	連絡先 氏名								
確認日	氏名								
申請者の被保険者番号・氏名・住所を正しく記載する									
該当に○する									
生年月日に間違いがないか確認									
作成日時点での年齢を記入。抜かりがないか確認									
日付を確認し記入する									
記載抜かりないか確認									
連絡先の記載は必須 可能な限り、連絡がつきやすい番号 (携帯など)を記載すること									
<総合状況>									
利用者の身体状況	たとえば、本人の現在の疾病などから、どういった移動や立ち上がり、姿勢保持なのか、生活動作に関する身体状況を記述する。 屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用・車いす利用)を記述する。								
介護状況	家族の状況、主な介護者を含む家族状況を記述する。								
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	住宅改修を行うことによって利用者や家族は介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいと思っているのか。 また、どのような効果に期待をしているか、現在の状況も踏まえて具体的に記述する。								
福祉用具の利用状況と住宅改修後の福祉用具									
改修後の福祉用具の想定									
改修前									
改修後									
車いす									
歩行器									
歩行補助具									
認知症老人対応歩行器									
移動用リフト									
車椅子									
手すり									
スロープ									
昇降機									
トイレ改修									
浴室改修									
キッチン改修									
洗面台改修									
入浴補助具									
福祉用具									
その他									

住宅改修が必要なる理由書(案) P2 (記入要領)

<P1>「住宅改修により、日常生活をどう変えたいか」を踏まえて、①改修しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的・期待効果をチェックし、④改修項目（改修箇所）を具体的に記入して下さい。」

①改修しようとしている生活動作	②具体的な困難な状況	③改修目的・期待効果をチェックし、④改修項目（改修箇所）を具体的に記入して下さい。
☐ トイレまでの移動 ☐ トイレ出入口の出入 (原の閉開含む) ☐ 浴室への湯入れ・取替 (湯からの移乗を含む) ☐ 洗面・手洗いの移動 (洗面・手洗いの移動を含む) ☐ 脱衣・着衣の移動 (脱衣・着衣の移動を含む) ☐ 入浴・入浴後の移動 (入浴・入浴後の移動を含む) ☐ 入浴・入浴後の移動 (入浴・入浴後の移動を含む) ☐ その他	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記述する。 ・改修案の検討の際は全ての行為についてチェックが必要だが、理由書では改善しようとする行為に限定したコメントでよい。 ・生活のどの場面、どの動作が利用者・介助者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極めること。優先順位があれば「最優先」であることを示す。 ・歩行ができなければ「段差を越えられぬ」「階段の上り下りができない」といった状況を伝える。 ・①のレベル評価と②のコメントの両方を合わせて利用者の状況が伝わるようにする。 ・移動については各行為(排泄・入浴・外出)に共通する内容を、たとえば「排泄」の欄のみに入力し、各行為の欄に重複して記入する必要はない。 （法体・添付含む） ☐ 浴室内での姿勢保持 ☐ その他 ☐ 出入口までの屋内移動 ☐ 上り下りの階段 ☐ 車いす等、寝具の搬送 ☐ 履物の着脱 ☐ 出入口の出入 ☐ 出入口から敷地外までの屋外移動 ☐ その他	できなかったことをできるようにする ☐ 転倒等の防止、安全の確保 ☐ 動作の容易性の確保 ☐ 利用者の精神的負担や不安の軽減 ☐ 介護者の負担 ☐ その他 できなかったことをできるようにする ☐ 転倒等の防止、安全の確保 ☐ 動作の容易性の確保 ☐ 利用者の精神的負担や不安の軽減 ☐ 介護者の負担の軽減 ☐ その他 できなかったことをできるようにする ☐ 転倒等の防止、安全の確保 ☐ 動作の容易性の確保 ☐ 利用者の精神的負担や不安の軽減 ☐ 介護者の負担の軽減 ☐ その他

完了届出(償還払用)

住宅改修

受領委任払用と間違えないよう注意！！

高知市長様

事後申請をする日

年 月 日

印は不要

(申請者) 氏 名

住 所

*申請者が被保険者本人の場合、住所は記載不要

事前の申請書に記載した日

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修完了届出書

年 月 日付けの介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修完了届出書
住宅改修が完了したので、下記のとおり届け出ます。

記

フリガナ	被保険者番号
被保険者氏名	生年月日
住 所	
住宅改修に要した費用 ※1	円
着 工 年 月 日	年 月 日
完 成 年 月 日	年 月 日
退院(退所)日 ※2	年 月 日
要介護等認定日 ※2	年 月 日
転居届出日 ※2	年 月 日

介護保険住宅改修費の支給対象となる住宅改修の費用(事前確認結果において通知した費用の額。限度額を超えている場合は超過分を含む。ただし、介護保険対象外工事費用は含まない。)

<添付書類>

- (1) 住宅改修に要した費用に係る領収証
- (2) 工事費内訳書
- (3) 住宅改修の完了後の状態を確認できる写真(撮影日の日付け入り)
- (4) その他必要とする書類(工事内容の変更等による経過報告書など)



※1 介護保険住宅改修費の支給対象となる住宅改修費の費用

※2 事前申請時等に入院(入所)中、要介護等認定申請中又は転居予定であった場合は、上記の該当する項目についてもご記入ください。なお、その際の当該届出書は、退院(退所)、要介護等認定又は転居届出の後に提出してください。

完了届出(受領委任払用)

住宅改修

様式第2号

償還払用と間違えないよう注意！！

事後申請をする日

令和 年 月 日

高知市長様

印は不要

(申請者)氏名

住所

*申請者が被保険者本人の場合、住所は記載不要

事前の申請書に記載した日

介護(介護予防)住宅改修完了届出書【受領委任払用】

令和 年 月 日付けの介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が完了したので、下記のとおり届け出ます。

記

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		生年
住所		
住宅改修に要した費用※1		円
介護保険利用者負担額(1割, 2割又は3割)		円
着工年月日	令和 年	日
完成年月日	令和 年	日
退院(退所)日※2	令和 年	日
要介護等認定日※2	令和 年 月 日	
転居届出日※2	令和 年 月 日	

介護保険住宅改修費の支給対象となる住宅改修の費用(事前確認結果において通知した費用の額。限度額を超えている場合は超過分を含む。ただし、介護保険対象外工事費用は含まない)

※1の介護保険の利用者負担(1割～3割)の額を記入。
限度額を超過した分は含まない

<添付書類>

- (1) 住宅改修に要した費用に係る領収証
- (2) 工事費内訳書
- (3) 住宅改修の完了後の状態を確認できる写真(撮影日の日付け入り)
- (4) その他必要とする書類(工事内容の変更等による経過報告書など)



※1 介護保険住宅改修費の支給対象となる住宅改修費の費用

※2 事前申請時等に入院(入所)中、要介護等認定申請中又は転居予定であった場合は、上記の該当する項目についてもご記入ください。なお、その際の当該届出書は、退院(退所)、要介護等認定又は転居届出の後に提出してください。

償還払の場合

領収証		申請者本人氏名(死亡の場合は相続人)
〇〇 〇〇 様		
金額 ￥ 123,456		10割自己負担額
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		

受領委任払の場合

領収証		申請者本人氏名(死亡の場合は相続人)
〇〇 〇〇 様		
金額 ￥ 12,345		1割～3割自己負担額
但 介護保険 住宅改修費 ○割自己負担分		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, ○割(※1)自己負担分』が分かる文言が必要です		

領収証		対象外・超過がある場合
〇〇 〇〇 様		
金額 ￥ 12,345		住宅改修対象金額と, 対象外でそれぞれ領収証を発行してもかまいません
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)
○割自己負担分 1,235円 対象外自己負担分 1,110円 オーバー分 10,000円		

※対象外工事があるときの但書の記載方法は一例です。『うち介護保険対象○割自己負担金〇〇円』等, **介護保険の住宅改修費として本人負担が何割でいくら支払ったか**, また, **金額の内訳が分かるような記載**をお願いします。

(※1) 負担割合証で1割～3割を確認

(株)△△工務店 担当 ○○

Tel 088-000-0000

内 訳 書

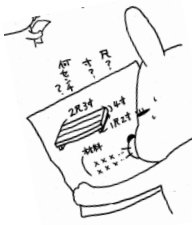
申請者氏名 ※必ずフルネームを記載。所有者名不可。

必ず作成年月日を記載

高知 太郎 様

年 月 日

工事箇所	工事部分	名称	内容(仕様)	数量	単位	単価	金額	住宅改修 種類	算出根拠
1 浴室	壁	①インテリアパー	L=800mm H=900mm	1	本	8,800	8,800	1	
		取付費		1	式	2,000	2,000	1	
		小計					10,800		
		②木製横手摺		1	本	3,800	3,800	1	
		取付費		1	式	2,000	2,000	1	
		小計					5,800		
形状・材質等も記載すること。 申請書・平面図・写真の名称は、改修場所や番号などで統一させる。 取付費は、材料費と分けて記載すること。 取付位置の記載は、見積書には必須ではありません。 写真か平面図に、必ず記載をお願いします。 住宅改修の種類に対応する番号を記入 (※必須ではありません) 1 手すり 2 段差解消 3 床材の変更 4 扉の取替え 5 便器の取替え 6 上記の付帯工事									
特記事項							小計	16,600	
							諸経費	3,000	
							合計	19,600	
							消費税	1,960	
							総合計	21,560	

提出書類	必須項目	注意事項
見積書	・申請者氏名は必ずフルネーム ・住所は番地、マンションの部屋番号まで記載する。(住宅改修は住民票のある住所でないといけないため、住居表示でお願いします。) ・取り付けるものの寸法を記載 (例:手すりL=500・踏み台H=200, W=600, D=500・床材の変更90×180など) ※書ききれない場合は「別紙参照」などの記載をお願いします。 ・作成日の記載	☆給付するにあたり、支払いに関する重要な書類になるため、氏名や住所の間違い、金額の間違いは事前申請で訂正をお願いすることになりますので、提出前に尚確認をお願いします。 ☆何にいくらかかるのか把握するために、寸法の記載は必ずお願いします。 <u>高さの記載は見積書では求めていませんが、記載していただいても差し支えありません。</u>
平面図	・申請者氏名は必ずフルネーム ・間取りの記入 ①玄関・台所・トイレ・浴室・寝室や居室が分かるように。 ②階段の改修の場合、2階の平面図も必要です。屋外のみ改修であっても屋内の平面図が必要。また、<u>屋外の改修の場合は屋外での動線を確認するためにもガレージや庭、門などが敷地内にあれば記載をお願いします。</u> ・取り付けるものの寸法を記載 ・取付位置の高さを記載(H=800など) ・段差の記載 (平面図か写真で確認できればどちらに記載していただいてもかまいません。)	☆ご夫婦など、同一建物での改修があった場合に特定できなくなるため、フルネームの記載をお願いします。手書き可。 ☆動線から適切な改修であるかを確認しています。生活行動範囲がある程度分かるような間取りをお願いします。 ☆寸法や設置位置の高さ、段差は平面図か写真のどちらかの記載でかまいません。<u>高さはスケールの写真だけでなく、高さ=800やH=800など分かりやすく記載してください。</u>スロープの場合、勾配の記載もお願いします。 業者さんの手書き可。 ☆手すりであれば支柱の本数、階段の滑り止め設置であれば階段の段数も確認しているので、正確に記載をお願いします。(写真で確認できれば平面図に記載なくても可。)
写真	・申請者氏名は必ずフルネーム ・日付は写真の中に入れる ・取り付けのイメージを記載 ・段差の記載 (写真か平面図で確認できればどちらに記載していただいてもかまいません。) 	☆平面図と照らし合わせたときに、近すぎたり暗すぎて確認できない場合は、事前申請で撮り直しをお願いすることもあるので、尚確認をお願いします。 屋外の写真の場合、建物を入れて撮影するなど、平面図と一致する写真をお願いします。 ☆取り付けのイメージは業者さんの手書き可。平面図に寸法や高さの記載があれば、写真はイメージのみの記載で大丈夫です。

改修業者さんに確認してほしいこと(事後申請) 住宅改修

提出書類	必須項目	注意事項
内訳書	・申請者氏名は必ずフルネーム ・住所は番地、マンションの部屋番号まで記載 ・取り付けるものの寸法の記載 ・作成日の記載	☆必須項目は事前申請の見積書と同じ内容です。 事後では「見積書」ではなく「内訳書」の提出をお願いします。
写真	・申請者氏名は必ずフルネーム ・日付は写真の中に入れる	☆できるだけ、<u>事前申請と同じアングル</u>での撮影をお願いします。 ☆階段や廊下に設置する長い手すりの場合、端から端が分かるような写真をお願いします。 ☆支柱の本数や階段の段数を写真で確認しています。数が確認できるような撮影をお願いします。 ☆踏み台を設置した場合、固定部が分かる写真をお願いします。
領収書	・領収書氏名は必ずフルネームを記載 ・原本を提出(コピーは不可) ・但書に「介護保険での住宅改修費であることが分かる文言」を記入 ・対象外、超過分(オーバー分)が発生した場合は、それぞれの金額を記入 	☆償還払の場合 領収書に記載する金額は全額(10割)でお願いします。但書には、介護保険での住宅改修費であることが分かる文言を記入してください。対象外や超過分が発生していても記入は必要ありません。 ☆受領委任払の場合 領収書に記載する金額は自己負担額(1割～3割)と、対象外や超過分があればそれを含んだ金額。 但書には必要な文言と、負担割合が分かるような記入をお願いします。 <u>対象外や超過分が発生している場合はそれぞれの金額の記入をお願いします。</u> (対象外¥20,000 オーバー分¥15,000など)

!!お願い!!

- ・業者さんが作成してくださる書類の訂正は、業者さんに訂正をしていただきたいです。
- ・踏み台や床材変更は、ご本人の状況に応じて対象となる幅が異なりますのでご確認ください。
- ・改修工事中に変更が生じた場合は、金額変更の有無に関わらず工事を中断して給付係にご連絡ください。
- ・生活保護の方の事後提出は、一式まとめて福祉課担当に提出をお願いします。

取下げ届出書

住宅改修

令和 年 月 日

高知市長 様

取下げ申出者

氏 名

住 所

事前申請時に申請書に
記入した日付

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請取下げ届出書

令和 年 月 日付けの介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請については、
下記のとおり取り下げます。

記

1 被保険者番号

2 被保険者氏名

3 改修費用

円

4 取下げ理由

事前申請時に申請書に
記入した改修費用を記入

取り下げるに至った経過・理由を記入

福祉用具購入

ページ	変更箇所
P44～ 領収書	・複数個購入(スロープ)について追記あり

☆福祉用具購入申請前にチェックする項目☆

☐ 福祉用具購入の種目の要件は確認しましたか

- ・例えば、入浴台は「浴槽の縁にかけて利用する台であって浴槽への出入りのためのもの」と規定されています。要件に該当しないものは給付の対象外です。

☐ 日付に誤りはありませんか

- ・ 訪問調査 → 理由書・ケアプラン及び販売計画書の作成・同意・交付 → 福祉用具の購入 → 支払い → 領収証交付 → 申請となるため、各書類の日付が前後していないか確認してください。

☐ 申請書の種類は正しいですか。また、受領委任払で購入できる方ですか

- ・ 償還払と、受領委任払で申請書の様式が異なります。
- ・ 償還払用の申請書を受領委任払用の申請書（受領委任払用の申請書を償還払用）とすることはできませんのでご注意ください。
- ・ 給付制限(支払方法の変更・給付額の減額)がかかっている人は受領委任払では申請できません。

☐ 領収証は正しく切られていますか

- ・ 領収証の宛名は利用者氏名で、フルネームであること。原本を提出。(コピーのみの提出不可)
- ・ 但書には『 購入品目, 10割金額, 介護保険対象○割負担 』の文言を記入してください。
※ 償還払の場合の領収証但書は、『 購入品目, 介護保険対象 』の文言を記入してください。
額面は、
 - ・ 受領委任払の場合は購入金額の1割～3割（小数点以下切り上げ）
 - ・ 償還払の場合は10割の金額です。
- ・ なお、受領委任払で複数品目購入の場合には、個々の購入費用にそれぞれ負担割合を乗じて計算してください。

☐ 生活保護受給者の人は購入前に申請が必要です

- ・ 生活保護受給者は原則受領委任払となります。購入前申請が必要で、申請書一式は給付係へ提出してください。通常の申請書類に、見積書と保護変更申請書を添付してください。なお、購入申請書の購入金額・購入日は空欄にしておいてください。
- ・ 購入後の領収証は福祉課へ提出してください。

☐ 過去に同一種目の購入を行っていませんか

- ・同一年度に同一種目の購入をすることはできません。ただし、すでに購入した福祉用具の破損、介護の必要程度が著しく高くなった等の特別な事情がある場合であって、市が必要と認めるときは支給可能（購入年度が異なる場合でも以前購入したことや、修理不可能である旨を理由書へ記載してください。）。

☐ 排泄予測支援機器の販売について

- ・特定福祉用具販売事業者は排泄予測支援機器の販売に当たり、利用者の膀胱機能について医学的所見の確認を行ってください。
- ・販売前に一定期間の試用を推奨し、積極的な助言に努めるとともに、継続した利用が困難な場合は試用の中止を助言してください。

☐ 浴室内すのこやオーダーメイド用具を購入の場合の注意点

- ・すのこは浴室の形状によって形が異なるので、寸法、金額、簡単な図面が必要です。どのような形・広さのお風呂に、どのようにすのこを置か分かるようにしてください。
- ・オーダーメイドのシャワーチェアは寸法と金額が必要です。

☐ 腰掛便座の購入要件に注意してください

- ・購入の目的がウォシュレット化又は暖房機能の追加等である場合は給付の対象外です。しかし、例えばポータブルトイレの必要性がある人に選定した用具にウォシュレットや暖房機能が一体的についている場合は給付対象となります。



1 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） 例：据置式洋式便座
- 2 洋式便器の上に置いて高さを補うもの 例：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 例：トイレリフト
- 4 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（水洗機能を有する便器を含み、居室において利用可能であるものに限る）
ただし、設置に要する費用については従来どおり、法に基づく保険給付の対象とならないものである 例：ポータブルトイレ

2 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。

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。

令和4年4月1日以降
購入分から対象

3 排泄予測支援機器

「排泄予測支援機器」は、利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に自動で通知するものである。

専用ジェル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は除かれる。



4 入浴補助用具

「入浴補助用具」は、それぞれ以下のとおり

(1) 入浴用椅子

座面の高さが概ね35センチメートル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。例：シャワーチェア・シャワーキャリー

(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) 浴槽内椅子

浴槽内に置いて利用することができるものに限る。例：浴槽台

(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。

例：バスボード

(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底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。

浴槽内に置いて利用するもの限定のため浴槽の外に置いて利用する目的ならば支給対象外

浴槽の縁にかからないものは対象外

5 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(硬質の材質であっても使用しないときに立て掛けること等により収納できるものを含む)であって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。

また、居室において必要があれば入浴が可能なものに限られる。

6 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。



福祉用具購入選択制導入に伴う対象品目について

追加された項目 スロープ・歩行器・歩行器補助つえ

※下記の給付対象可否については、本マニュアル作成日時点の見解となります。

厚労省より報酬改定QAが順次発出されるのに伴い、見解が提示されれば変更となる場合があります。

7 スロープ

貸与告示第八項に掲げる「スロープ」のうち、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をいい、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。



8 歩行器

貸与告示第九項に掲げる「歩行器」のうち、脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい、車輪・キャスターが付いている歩行車は除く。

「脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい、車輪・キャスターが付いている歩行者は除く」→歩行器の足先に車輪がついているものは×。

下記写真のAとBではBのみが対象。Aは前足に車輪がついているため×。



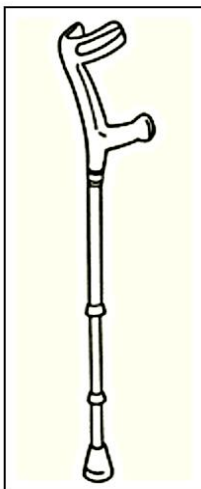
9 歩行補助つえ

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

☆ 種類が限定されているので、これ以外は対象外

- ① カナディアン・クラッチ 上腕部・手の位置の握り棒で体を支える
- ② ロフストランド・クラッチ 肘の下に前腕を支持するカフと手の位置の握り棒で体を支える
- ③ プラットホームクラッチ 前腕を支える支持部がついたもの
- ④ 多点杖 床面に接する脚が分岐しており、一つの握り手があるもの

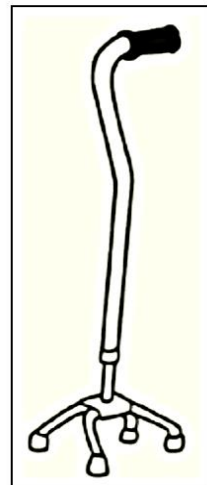
① ②



③



④



カナディアンクラッチは肘の上にカフがあり、ロフストランドクラッチは肘の下にカフがあります。
ロフストランドクラッチのほうがカタログには多いです。



その他支給できない場合

- ・種目等の購入要件に該当しない場合のほか、入院中に退院に向けて購入したが退院することなく死亡した場合や、そのまま介護保険施設等に入所するなど居宅サービスを利用できなくなった場合等。
- ・支給対象外となった場合は、残り9割～6割も自己負担となることについて利用者に説明、同意が必要。

※複合的機能を有する福祉用具について

2つ以上の機能を有する福祉用具については、次のとおり取り扱う

- (1) それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに1つの福祉用具として判断する
- (2) 区分できない場合であって、購入告示に掲げる特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具として判断する
- (3) 福祉用具貸与の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う

ただし、当該福祉用具の機能を高める外部との通信機能を有するもののうち、認知症老人徘徊感知機器において、当該福祉用具の種目に該当する部分と当該通信機能に相当する部分が区分できる場合には、当該福祉用具の種目に相当する部分に限り給付対象とする



うさぎ三兄弟

申請手順・提出書類

福祉用具購入

福祉用具購入申請

福祉用具購入について利用者から相談

福祉用具購入のための訪問調査

福祉用具販売計画作成(販売事業者)

支給申請

支給申請

償還払

受領委任払

利用者は一旦10割支払

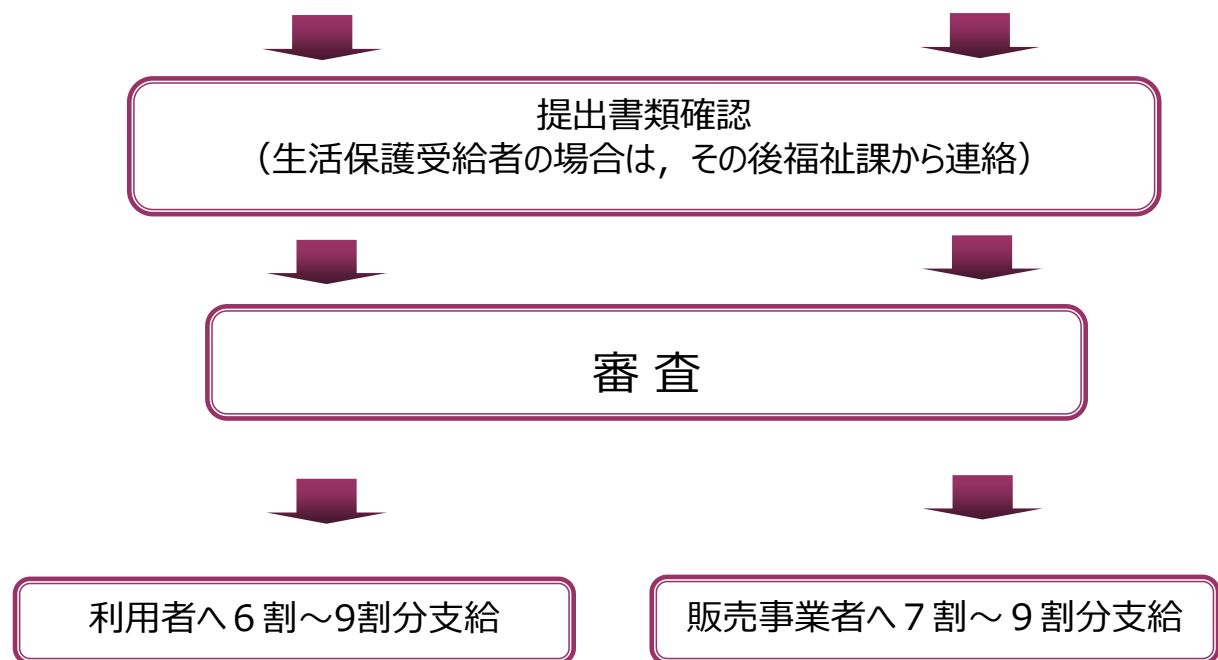
- 支給申請書(様式第19号)
- 領収証原本
- 購入商品カタログの写し(製造業者が分かるもの)
- 福祉用具購入理由書
- 居宅(予防)サービス計画書(1),(2)の写し
 - ※本人同意が確認できるもの(予防で居宅へ委任している場合はセンターの確認印あるもの)
- 福祉用具販売計画書の写し(利用者の同意が確認できるもの)
- ☆排泄予測支援機器購入の場合
 - ①排泄予測支援機器 確認調書
 - ②医学的な所見が確認できる下記のいずれかの書面
 - ・主治医意見書
 - ・サービス担当者会議等における医師の所見
 - ・主治医診断書
 - ・ケアマネによる主治医意見聴取記録等
- ◇口座振替申出書(相続払又は委任払のとき)

※

利用者1割～3割支払

- 支給申請書【受領委任払用】(様式第1号)
- 左記※の書類を提出
- ☆生活保護受給者は上記に加え,
 - ①保護変更申請書
 - ②見積書





※介護保険料滞納により給付制限がかかっている方は、受領委任払は利用できません。



申請書(償還払)

福祉用具購入

様式第19号

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号 3 9 2		被保険者番号		個人番号	
生年月日		年 月 日生		(性 別)		男 ・ 女	
住 所		〒					
		電話番号					
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	
						円	
						円	
別添「福祉用具購入理由書」		申請日時点で被保険者本人が死亡している場合は、 申請者は相続人となる その際、申請書の口座の欄は空欄にし「口座振替 申出書(相続用)」に記入して提出が必要					
高 知 市 長 様		上記のとおり関係書類を添えて店宅()の福祉用具購入費の支給を申請します。					
申請者 住 所		年 月 日					
(被保険者)		氏 名					
		電話番号					
※ 注 意 ・ この申請書に、領		金融機関に必ず○をする 特に「高知銀行」と「高知信用金 庫」とで区別が付かない場合がある ので注意					
・ 「福祉用具が必要		該当番号に必ず○をする					
居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入 ()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	1 普通預金	金融機関コード		店舗コード
	信用金庫	支 店	2 当座預金	2 当座預金			
	信用組合	支 所	3 その他	3 その他			
	農協・漁協	出張所	口 座 番 号				
	フリガナ						
	口座名義人						
高知市記入欄	※	ゆうちょ銀行の場合は、この欄に支店名(六四八等)を記入					
要介護状態区分 (要支)		()					
負担割合 (割)		給 (有 (担当) ・ 無)					
過去支給状況 ・ 提		・ 支給残額 (年度)					
(有 ・ 無)							
購入金額合計		円	支給額 (合計 ×)	円 (上限 万円)			
確認欄							



申 請 書(受領委任払)

福祉用具購入

様式第1号

介護

生年月日・住所
必ず被保険者証の記載と相
違わないか確認

福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

申請書を間
違えないよう
注意!

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号 3 9 2 0	生活保護受給者の場合は購入金 額・購入日は空欄にしておく		性別 女
生年月日 年 月	電話番号			
住 所				
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
			円	.
			円	.
福祉用具が	滑り止めマットは対象外		購入日 = 領収日	
別添「福祉用具購入理由書」のとおり		受領委任払の場合でも全額 (10割)の金額を記入すること		
知 市 長 村 高知市介護保険社 宅介護(介護予防) なお、当該福祉用 具に委任します。	申請日時時点で被保険者本人が死亡している 場合は、申請者は相続人となる			
申請者 (被保険者)	住 所	申請者の直筆署名でない場合 は印が必要です		
氏 名	(※)			
(※) 本人が手書きし				
所在地 事業者名 代表者氏名 電話番号	金融機関に必ず○をする 特に「高知銀行」と「高知信用 金庫」とで区別が付かない場合 があるので注意			
宅介護(介護予防)福祉用 具の受領の権限を受任しました。つ き、上記のとおり関係書類を添えて居 る当該福祉用具の購入に係る販売事業者 の当該福祉用具の購入に係る販売事業者 の当該福祉用具の購入に係る販売事業者	申請者の直筆署名でない場合 は印が必要です			
振替 口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 支所 出張所	種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 口座番号	金融機関コード 店舗コード
フリガナ 口座名義人	該当番号に必ず○をする			

※ 注 意 ・ この申請書に、領収証及び福祉用具の

高知市 要介護状 負担 過去支給 (有・無)	ゆうちょ銀行の場合は、この欄に支店名(六四八等)を記入 支店名がない場合は「記号」の番号を記入 例:16450	受任者である事業者の 口座を記入する
購入金額合計	円	支給額(合計×)
確認欄	円(上限 万円)	



領収証

- 原本を提出(コピーのみの提出は不可)。
- 複数品目購入する場合の自己負担額の計算方法は、個々の福祉用具購入費用にそれぞれ負担割合を乗じて計算すること(少数点以下切り上げ)。
- ☆スロープを複数個購入の場合、合算せずに「単価×数量」で記入。

償還払の場合

領収証

被保険者本人氏名(死亡の場合は相続人)

〇〇

〇〇

様

10割自己負担額

金額 ￥ 56,789

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

購入事業所住所

購入事業所名

購入事業所代表名 (事業所印)

受領委任払の場合

領収証

被保険者本人氏名(死亡の場合は相続人)

〇〇

〇〇

様

金額 ￥ 5,679

1割～3割自己負担額(小数点以下切り上げ)

但 ポータブルトイレ 56,789円
介護保険 〇割自己負担分

但書には、『購入品目、10割金額、介護保険〇割(※1)自己負担分』の文言が必要です

購入事業所住所

購入事業所名

購入事業所代表名 (事業所印)

領収証

被保険者本人氏名(死亡の場合は相続人)

〇〇

〇〇

様

金額 ￥ 34,400

残額の1割～3割の金額(小数点以下切り上げ)(2,400円)とオーバー分の金額(32,000円)の合計金額 ※自己負担額

但 ポータブルトイレ 56,000円
介護保険 1割自己負担分 2,400円
オーバー分 32,000円

購入金額から残額を引いた金額

但書には、『購入品目、10割金額、介護保険〇割(※1)自己負担分、オーバー分もしくは超過分、超過金額』の文言が必要です

購入事業所住所

購入事業所名

購入事業所代表名 (事業所印)

(※1) 負担割合証で1割～3割を確認すること

シャワーチェア

使いやすいコンパクトタイプのこだわりシャワーチェア。

購入品目は、わかりやすく目立つようマジック等で囲むこと

シャワーチェアコンパクトN
B0779-56 ¥15,540
B0780-56 ¥13,440

背付シャワーベンチMini
B0957-56 ¥14,150
シャワーベンチMini
B0958-56 ¥10,500

ABC業者

円背の方でも座りやすい背もたれ形状、コンパクトなサイズ

製造業者の名前が確認できるようにすること

シャワーベンチ
B0975-56 ¥13,650

シャワーチェア
B0540-56 ¥12,800
B0541-56 ¥9,450

バスベンチ背付
B0076-56 ¥10,500
バスベンチ背無
B0356-56 ¥8,400

ご家庭での使用にお勧めの小型シャワーベンチ。

シャワーベンチすまーい
B0470-56 ¥10,500
B0471-56 ¥8,400

コーラル シャワーいす
B0741-56 ¥9,450
B0742-56 ¥11,550
B0743-56 ¥14,700

入浴用品 56

福祉用具購入理由書

被保険者氏名		要介護認定状況		被保険者番号	
訪問調査日		令和 年 月 日		作成日	
事業所名		氏名		連絡先	
資格		事業所の連絡先も記載する			
※介護支援専門員以外の場合					
現在の状況（生活保護受給者以外は、施設退所・退院後に申請してください）					
□居宅（在宅） □施設入所・入院中 → 退所・退院予定日（ ）					
福祉用具購入種別（今回購入分）					
☐ 腰掛便座 ☐ 特殊尿器 ☐ 排泄予測支援機器 ☐ 入浴補助用具 ☐ 簡易浴槽 ☐ スロープ ☐ 移動用リフトのつり具の部分 ☐ 歩行器※ ☐ 歩行補助つえ※ 【※の福祉用具について購入する場合は次のチェックボックスも記入が必要です】 ☐ 利用者等の意思決定に基づき、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。					
日常生活動作の状況 ※見守り等…常時付き添いの必要がある「見守り」や必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等					
座位保持	☐ できる ☐ 自分の手で支えればできる ☐ 支えてもらえればできる ☐ できない				
歩行	☐ できる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない				
立ち上がり(椅子等から)	☐ できる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない				
立ち上がり(床面から)	☐ できる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない				
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り等※ ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
移動(屋内)	☐ 自立 ☐ 見守り等※ ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
排泄(□和式 □洋式)	☐ 自立 ☐ 見守り等※ ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
浴槽への出入り	☐ 自立 ☐ 見守り等※ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない				
浴槽内の姿勢保持	☐ できる ☐ 自分の手で支えればできる ☐ 支えてもらえればできる ☐ できない				
福祉用具の必要な状況及び用具購入の効果 ※用具ごとに詳しく記載してください					

過去に購入したものと同一種目の福祉用具を購入する場合は、その旨記載する

(例)

- ・破損し、修理不可能
- ・介護の必要の程度が著しく高くなり背もたれが必要になった

総合的な意見（こういった身体状況で、どのように普段生活していて、何の動作を行うのに困っているのか、何を必要としているのか）を記載する



排泄予測支援機器 確認調書

福祉用具購入

高知市長様

令和 年 月 日

事業所名
所在地
確認者氏名
連絡先 TEL

特定福祉用具
販売事業者

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販売にあたり、下記の内容について確認しました。

フリガナ 利用 者 名		被保険者番号	0	0	0										
同居家族の有無	有・無	トイレへの主な介助者 (利用者との関係性)													
介護認定調査 項目2-5 排尿	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助														
試用の有無	有・無	試用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												
試用が無の場合 理由を記載															
試用した排泄予測支援機器	メーカー名											機種名			
試用機器を装着後、通知の有無	有・無	通知後トイレまでの誘導時間											分	いずれかの書面を申請書に添付	
膀胱機能の確認の基とした 医 学 的 所 見	☐ 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書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														
医 療 機 関 名											医師名				

試用結果 (通知後にトイレで排泄できた回数/実際の通知回数) (※)

例	1 月 1 日	4 回 / 5 回	⑤	月 日	回 / 回	⑩	月 日	回 / 回
①	月 日	回 / 回	⑥	月 日	回 / 回	⑪	月 日	回 / 回
②	月 日	回 / 回	⑦	月 日	回 / 回	⑫	月 日	回 / 回
③	月 日	回 / 回	⑧	月 日	回 / 回	⑬	月 日	回 / 回
④	月 日	回 / 回	⑨	月 日	回 / 回	⑭	月 日	回 / 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。





福祉用具貸与 (軽度者レンタル)

ページ	変更箇所
P48～ 軽度者レンタル 留意事項	・追記あり
P49～ 確認依頼書の提出時期	・変更箇所と追記あり
P50～ がん末期の方の申請	・新しく作成。受付の流れについて記載。

軽度者レンタル 留意事項

・軽度者レンタルは申請日からの許可となります。

・**原則、申請日を遡って許可することはできませんのでご注意ください。**

例えば、1日から特殊寝台のレンタル開始していたが、確認依頼書の提出が

16日となった場合。1日～15日については全額自己負担となります。

16日からは許可がおりれば保険給付可能。

※全ての書類が揃ってから提出でなくてもかまいません。確認依頼書のみでの申請も受け付けています。

揃っていない書類は準備が出来次第、早急にご提出をお願いします。

例外的に申請日を遡る事例:末期の悪性腫瘍と診断された利用者について

・がん末期で病院等から急遽退院の連絡があり、サービス調整が急がれたため書類の提出がサービス開始後となる場合が想定されます。

必要性の確認ができている場合はサービス提供開始日に遡ることが可能。

・ただし、遡るのは10日程度で、場合によってはサービス提供開始日まで遡れませんので、ご注意ください。

サービス担当者会議について

・サービス提供開始時及び必要に応じて随時行い、継続の必要性を検証する。

・新規にサービスを位置づける際は、サービス担当者会議は必須。

・末期の悪性腫瘍と診断され、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治医等が判断した利用者で、予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランが作成されている場合については、変更においてのサービス担当者会議の招集は不要(照会等で可)。



確認依頼書の 提出時期

- 貸与開始時期：原則、サービス提供開始日までに確認依頼書と必要な添付書類を提出すること。
- 再提出の時期：①要介護・要支援認定の更新・変更申請を行ったとき
②支援事業者が変更になったとき（直営→委託、委託→直営の場合も含む
※同一事業所が担当する場合、認定決定後の再提出は不要。）

☆確認内容の有効期間は、原則、認定有効期間と同じであるので留意すること。

※現在要介護2以上でレンタルしている場合や、要介護1以下でも認定調査票に基づいて申請不要となっている場合、更新申請等で介護度が下がったり、認定調査で申請不要の条件を満たさなくなる可能性がありますのでご注意ください。

更新申請等、認定の結果が遅れたからという理由で遡って許可はしません。

やむを得ず申請が遅れる場合など、一度給付係にご連絡ください。



サービス担当者 会議の記録

- ・福祉用具貸与事業者のみでなく、ケアプランに位置づけられた事業者の参加が必要。
- ・必要性について、主治医の意見をもとに具体的に検討されたもので、各サービス担当者の専門的意見が確認できるよう記載。
※サービス担当者会議より前に、主治医の意見の確認が必要です。

以下のような理由のみでは必要性が確認できないため不可。

- 例)①床・布団からの起き上がりができない
②ベッド・布団からの立ち上がりができない
③パーキンソン病のため...等

- ・何が原因で、何が出来なくて、何が必要か本人の身体状況も含めて詳しく明記すること（本人を見たことがない人でも本人の状態像が分かるように記載すること）。
- ・現在、当該福祉用具を利用中の方は、福祉用具の利用状況（日常生活動作等の中でどのように利用しているか、機能を果たしているか）も記載する。
- ・やむを得ず担当者が欠席した場合、後日必要性を確認した経過を記録すること。

がん末期の方の 申請

- ・確認依頼書及び添付書類の内容を確認し、確認依頼書のコピーに許可開始日を記載、受付印を押印しお渡します。
(このとき、添付書類が揃っていない場合は後日早めの提出をお願いします。)
- ・揃った書類の確認をし、確認結果及び確認番号、日付等を記載した確認依頼書の写しを後日交付します。

特殊寝台付属品 について

- ・特殊寝台の必要性が確認できるものであること。
- ・利用することにより、特殊寝台の利用効果の増進に資するものに限られ、特殊寝台と一体的に使用されるものに限る。
(特殊寝台の貸与の際に併せて貸与される付属品又は既に特殊寝台を使用している場合に貸与される付属品に限る)

65歳未満の 生活保護受給者

- ・65歳未満の生活保護受給者が継続して福祉用具をレンタルする場合、65歳到達前に確認依頼書を提出する。

転入

- ・他市町村から高知市へ転入するときは、高知市でのサービス開始前までに確認依頼書を提出する。



チェック項目

軽度者レンタル

申請許可後

- ・提出された申請の結果を書面で交付しています。結果連絡を担当ケアマネジャーへ電話で行っていますので、連絡後に窓口へ結果を受取りにきてください。
確認依頼書下部の保険者確認欄の【必要】に○印があるものが貸与許可の証明ですあわせて、介護保険での貸与許可の開始日を確認してください。許可開始日前については全額自己負担です。
- ・貸与許可の証明については、福祉用具貸与事業所にも提示してください。
許可なしに貸与した場合、許可のない期間に応じて返還となります。
トラブルを防ぐためにも、許可証を確認後に福祉用具貸与の請求を上げるよう周知徹底をお願いします。

その他

- ・暫定(認定前)で利用開始する場合や、他の事業所から引き継いだ場合等も、必ずサービス開始前に提出すること。
- ・原則、種目が追加になる場合や、認定更新後も引き続き必要な場合も、その都度提出必要。
※確認内容の有効期間は、原則認定有効期間と同じであるので留意すること。

主治医の情報等

- ・現在の利用者の状態像が、留意事項（平成12年3月1日の厚生労働省の通知）「第2の9(2)①ウ」中、i)からiii)のいずれに該当するか明確に確認できるものとする。 (P49下段参照)

老企第36号 留意事項(平成12年3月1日の厚生労働省の通知)「第2の9(2)①ウ」中、i)からiii)

- i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者（例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者（例 がん末期の急速な状態悪化）
- iii) 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利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎）

主治医の所見の 聴取のポイント

少なくとも、①疾病名を含む医学的な所見と②該当する状態（例：寝返りが困難、医学的に禁止されている等）を具体的に聴取し、その結果③ i) から iii) のいずれに該当するか(P51参照)、④リハビリによる状態の維持・改善の見込みについて、主治医の明確な判断を得ることが必要です。

☆「歩行・立ち上がりが困難であるためベッドが必要」「主治医が福祉用具が必要だといっている」等だけでは軽度者レンタルの該当になりません。

主治医からの文書での所見を得たものの、この3点が明記されておらず、客観的に主治医の所見により i) から iii) に当てはまると判断されていると言えない場合は、別途、ケアマネより主治医に確認を行い（電話・ファックス・面接等方法は問いません）、確認した内容を記録したものを添付資料としてください。

なお、記録に当たっては、聴取日時・聴取方法・病院名・主治医氏名(フルネーム)を明記してください。

《参考例》

- ◎ 両肘の関節リウマチであり、朝は特に痛みが激しくベッドからの起き上がりが困難。
状態が変動しやすく、時間帯によっては頻繁に、起き上がりが困難な状態にあり、
i の状態像に該当する。

状態の変動の頻度等、具体的に記載すること

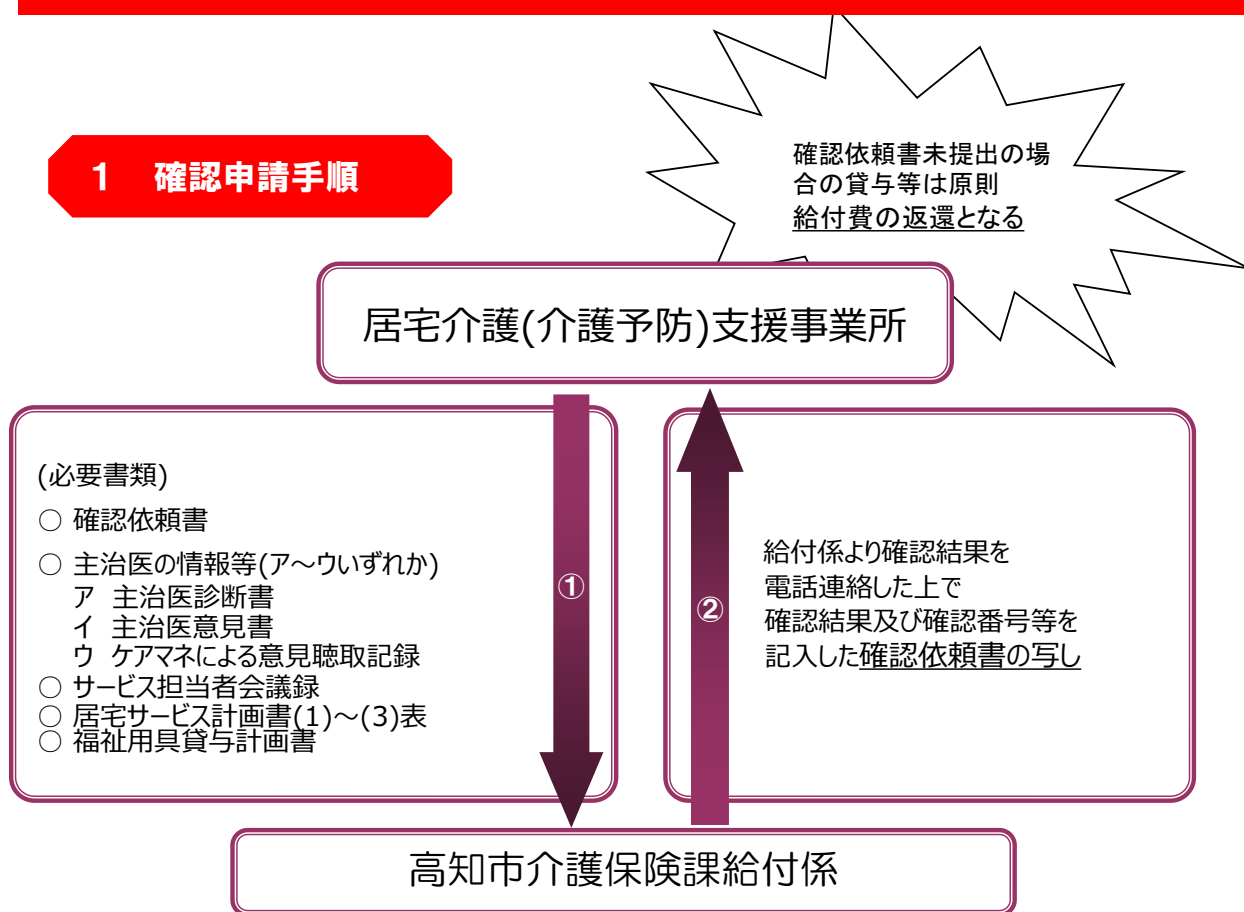
- ◎ 心疾患による心不全があり、発作の危険があるため、自力での起き上がりを禁止されている。
iii の身体への重大な危険性の回避からベッドの起き上がりができないものと判断する。

運動制限の程度等、具体的な医学的所見を記載すること

- ◎ 重度の心疾患で、特殊寝台の利用により一定の角度に状態を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要があるため iii に該当する。
呼吸の安楽な角度を調整する必要があるため、ギャジアップ機能の利用が必要である。

クッション・パッドの利用について検討し、 それでは解決できない具体的な状態を記載すること

1 確認申請手順



※原則、受付日より遡って算定を許可することはありません！
必ずサービス利用開始前までに提出をお願いします。
(がん末期の利用者についてはP46参照)

2 確認依頼が不要の場合

- ①基本調査の結果が次頁の表に該当する場合
 - ②次頁の算定基準表「アの(二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び「オの(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に該当する場合
- ※①②に該当している被保険者については保険者への確認依頼は不要であるが、主治医の貸与に関する意見、貸与についてのサービス担当者会議等を通じた適切なマネジメントに基づいて貸与しているという記録を残しておくことが必要。

★屋外用の車椅子については、軽度者レンタルの提出は不要です。

次項の算定基準表「アの(二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」に該当すると判断するため、確認依頼書の提出は不要ですが、主治医意見を聴取、必要性を担当者会で協議、記録に残して下さい。



算定基準表

軽度者レンタル

下記に該当する場合は確認申請不要

表

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査結果
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者	基本調査 1 - 7 「 3. できない」
	(二)日常生活範囲における移動の 支援が特に必要と認められる者	－
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 (一)日常的に起きあがりが困難な者	基本調査 1 - 4 「 3. できない」
	(二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1 - 3 「 3. 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	基本調査 1 - 3 「 3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 (一)意思の伝達、介護者への反応、 記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 3 - 1 「 1. 調査対象者が意思を他者に 伝達できる」以外 又は 基本調査 3 - 2 ～ 基本調査 3 - 7 のいずれか 「 2. できない」 又は 基本調査 3 - 8 ～ 基本調査 4 - 1 5 のいずれか 「 1. ない」以外 その他、主治医意見書において、 認知症の症状がある旨が記載 されている場合も含む。
	(二)移動において全介助を必要としない 者	基本調査 2 - 2 「 4. 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 (一)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1 - 8 「 3. できない」
	(二)移乗が一部介助又は全介助を 必要とする者	基本調査 2 - 1 「 3. 一部介助」又は「 4. 全介助」
	(三)生活環境において段差の解消が 必要と認められる者	－
カ 自動排泄 処理装置	次のいずれにも該当する者 (一)排便が全介助を必要とする者	基本調査 2 - 6 「 4. 全介助」
	(二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2 - 1 「 4. 全介助」

確認依頼書

軽度者レンタル

高知市介護保険課長 様

令和 年 月 日

記入漏れが多い
必ずすべて記入

居宅介護支援事業所名
担当介護支援専門員氏名
連絡先 TEL

必ず記入

介護保険軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

下記の被保険者に対し、医師の所見に基づき状態像が確認され、かつ、サービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントにより、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号。以下「利用者等告示」という。）第 31 号のイ（利用者等告示第 88 号において準用する場合を含む。以下同じ。）に該当し、福祉用具貸与が必要と判断されましたので、確認を依頼します。

フリガナ 氏 名	利用者番号									
住 所	高知市									
要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 申請中(申請日 令和 年 月 日)									
認定有効期間	年 月 日 ~ 令和 年 月 日									

必ずいずれかをチェック

確認を必要とする 福祉用具及び 該当する状態	☐ 車いす 及び 車いす付属品	☐ 日常的に歩行が困難な者 注:日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
	☐ 特殊寝台 及び 特殊寝台付属品	☐ 日常的に起き上がりが困難な者 ☐ 日常的に寝返りが困難な者
	☐ 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
	☐ 認知症老人徘徊感知機器	☐ 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 ☐ 移動において全介助を必要としない者
	☐ 移動用リフト（つり具の部分を除く。）	☐ 日常的に立ち上がりが困難な者 ☐ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 注:生活環境において段差の解消が必要と認められる者
	☐ 自動排泄処理装置	☐ 排便が全介助を必要とする者 ☐ 移乗が全介助を必要とする者
医 師 の 医 学 的 所 見	☐ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって状態が変動する者（例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 状態）	
	☐ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに状態が急変する者（例 がん末期の急速な状態悪化）	
	☐ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は生命の危険性がある者（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、糖尿病による低血糖等）	
判断の根拠	主治医意見書 介護支援専門員による聴取	傷病名
医師名		
居宅サービス計画書	利用開始日	令和 年 月 日

今回のケアプランにおける
利用開始日を記入

必ずいずれかをチェック

保険者確認欄 上記の理由に基づき、介護保険福祉用具貸与が【 必要 ・ 不要 】であると確認します。
なお、令和 年 月 日提供分より許可します。

確認番号

令和 年 月 日 高知市介護保険課長



第三者行為求償

第三者行為求償とは

交通事故等，第三者の不法行為によって介護サービスが必要になった(介護サービスの量が増えた)場合に，第三者の不法行為がなければ発生することのなかった介護保険給付費を第三者に請求するものです。(介護保険法第21条に定められています)

被保険者の自己負担額(1割～4割)については，高知市に損害賠償請求権がありません。
自己負担額については，被保険者が第三者に対して損害賠償請求を行ってください。

第三者行為事故の発見

介護保険法施行規則第33条の2の規定に基づき，介護給付に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは，被保険者は遅滞なく市町村へ届出を行うことが義務付けられています。

第三者行為求償の発見が遅れると，損害賠償請求権を高知市が代位取得できなくなる場合があります。代位取得ができないということは，本来介護保険で給付する必要のなかったお金が支出されるということです。

市町村では，介護保険の利用事由が第三者の不法行為によるものかどうかを把握することが難しく，本人や家族からの申し出や，ケアマネジャーや病院の相談員からの情報提供等が必要です。

「もしかすると第三者求償に該当するかも」と思ったときはまず，介護保険課へ相談してください。

介護保険法第21条・介護保険法施行規則第33条の2

(介護保険法第21条)

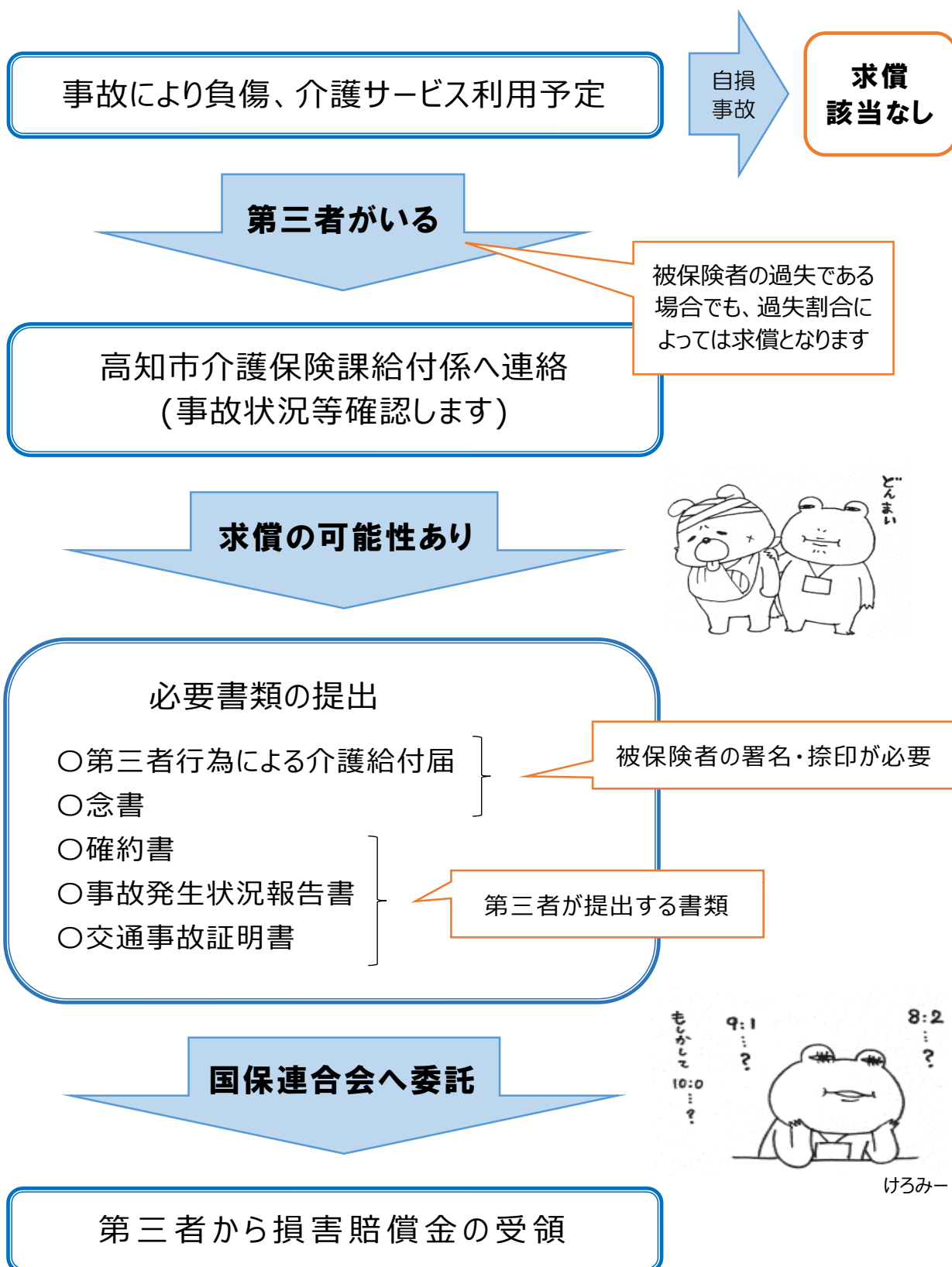
- 1 市町村は，給付事由が第三者の行為によって生じた場合において，保険給付を行ったときは，その給付の価格の限度において，被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。
- 2 前項に規定する場合において，保険給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは，市町村は，その価格の限度において，保険給付を行う責めを免れる。

(介護保険法施行規則第33条の2)

介護給付，予防給付又は市町村特別給付の支給にかかる事由が第三者の行為によって生じたものであるときは，第一号被保険者は，遅滞なく，次に掲げる事項を記載した届書を市町村に提出しなければならない。

- 一 届出に係る事実
- 二 第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは，その旨)
- 三 被害の状況

確認申請手順



求償把握後の確認事項

◎ **まず、交通事故等の詳しい状況について確認します。**

事故の状況(例：信号のない横断歩道を歩行中に右側から自動車に当てられて転んで骨折した)等、分かる範囲で確認をお願いします。

◎ **第三者を確認します。**

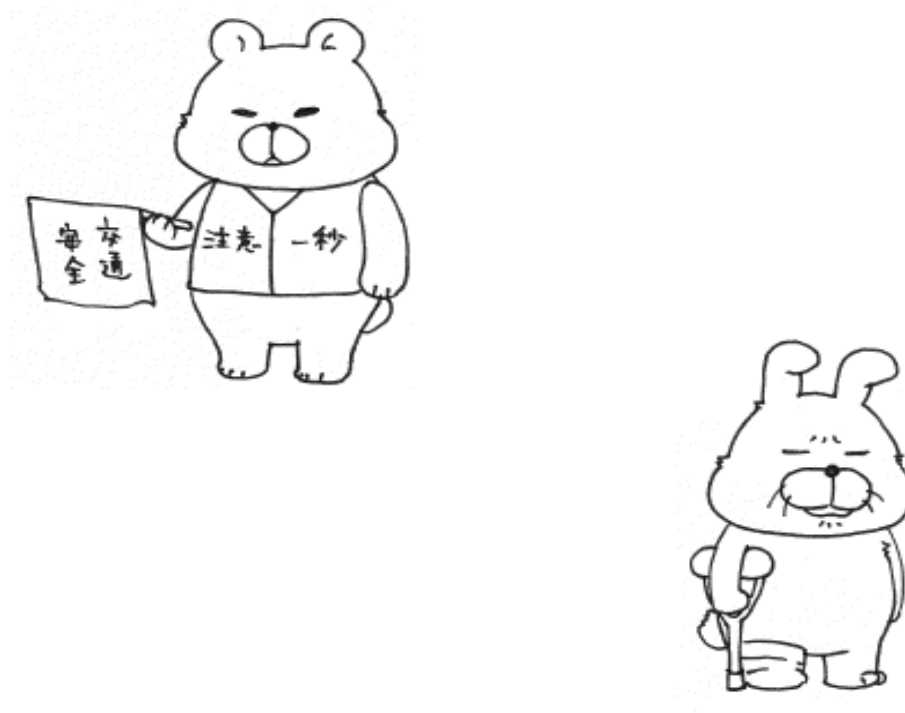
第三者がいるか、当て逃げ等第三者が不明か、第三者のいない自損事故か等確認します。第三者が明確な場合、第三者または第三者の保険会社(任意保険等)と連絡をとりますので確認をお願いします。

◎ **第三者の不法行為によって発生した(追加になった)サービス利用か確認します。**

交通事故等との因果関係がなければ損害賠償の請求ができません。

例えば、自立歩行ができていた方が、交通事故後車いすレンタルが必要になった場合は、求償の対象になる可能性が高いと判断しますが、事故後、介護の区分変更申請をしたが却下となり、事故前後でサービスの量に増加がない場合は求償に該当しない可能性が高いと考えます。

ただし、求償に該当するかは慎重に判断していますので、必ず相談をしてください。



介護給付届

求 償

様式第 32 号

第三者行為による介護給付届

被保険者の住所・氏名 他

介護保険

被保険者の住所	電話() -		被保険者証 の 番 号		
被保険者の氏名		性別	男 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	発病又は負傷 の 発 生 場 所			
第三者傷害の区分	交通事故・けんか・その他()				
事 故 発 生 当 時 の 具 体 的 状 況 及 び 被 害 の 程 度					
目 撃 者 の 住 所 及 び 氏 名	氏 名		住 所		
第三者(加害者)の 住 所 及 び 氏 名	氏 名		住 所	電話() -	
第三者が勤務して いる事業所の名称 及 び 所 在 地	名 称		所 在 地	電話() -	
介護を受けた(受 けている)病院 (施設・事業所)名 及 び 所 在 地	名 称		所 在 地		
介護給付の有無	有・無	介護サービスを受 けた(又は見込)期 間		自 年 月 日 至 年 月 日	日間
示 談 の 状 況	相手方保険 していない・交渉中 ()月()日現在)		損害 賠償 の 額	内 給付費 円 其 他 円	
自動車損害賠償 責任保険関係	加入の有無	有・無	契約保険会社名		
			保険証明書番号		
任 意 保 険 (対 人) 関 係	加入の有無	有・無	契約保険会社名		
			証 券 番 号		
上記のとおりお届けします。					
年 月 日			被保険者氏名		
高知市長	届出日を記入		被保険者の氏名・印		

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写。
- 2 損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときはそのことを証するに足る書類。

介護保険

念 書

事故日 年 月 日 () において
 () の不法行為により () の被った
 保険事故について、介護保険法による保険給付を受けた場合、私が加害者に対して
 有する損害賠償請求権（介護保険法第21条第1項の規定）に基づき、給付の価
 額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここ
 に書面をもって申し立てます。

なお、併せて下記の1、2及び3については遵守することを誓約し、4、5、及び6
 については同意します。

記

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者側から金品を受けた時は受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、
かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 保険事故により介護保険施設等から、保険者及び国保連合会が事故に関する介護
保険サービス等について説明を受けることに同意します。
- 5 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保
険者及び国保連合会が情報を受けることに同意します。
- 6 保険事故に関する損害賠償請求権行使（介護保険法第21条第1項）の資料として、
介護給付費明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使
用することに同意します。

年 月 日 書類提出日

被保険者の住所・氏名・印

住所 _____

氏名 _____ 印

高知市長 様

申請書様式

ホームページに申請書様式を掲載しています

**高知市**
Kochi City Website

本文へ Foreign Language 文字サイズ・色合い変更 防災・災害情報 緊急医療案内

くらしの情報 観光情報 事業者向け情報 市政情報

Q すべて ページ PDF よくある質問と回答

現在地 [トップページ](#) > [組織一覧](#) > 介護保険課

足跡 [介護保険課](#)

介護保険課

印刷ページ表示

ページ内目次

↓ 1. [市民の方へ]介護保険制度

↓ 2. [市民の方へ]介護保険の資格取得と喪失

↓ 3. [市民の方へ]介護保険料

↓ 4. [市民の方へ]サービスを利用するには

↓ 5. [市民の方へ]サービスの種類・費用

↓ 6. [市民の方へ]サービス利用時の負担軽減

↓ 7. [市民の方へ]介護保険の給付

↓ 8. [市民の方へ]その他 関連情報

↓ 9. [その他]介護保険事業計画

↓ 10. [市民・事業者の方へ]申請書・様式

↓ 11. [市民・事業者の方へ]介護サービス事業情報

↓ 12. [事業者の方へ]事業者向けの研修会

↓ 13. [事業者の方へ]介護事故報告等について

↓ 14. [事業者の方へ]高齢者虐待について

↓ 15. [事業者の方へ]介護サービス事業者向け情報

↓ 連絡先

- 高知市介護保険事業計画（第9期）策定に向けた実態調査について
- 日常生活圏域について
- 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成30～32年度)
- 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成24～26年度)
- 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成18～20年度)

- 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(令和3～5年度)
- 介護保険事業計画の計画値と実績値の比較について
- 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成27～29年度)
- 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成21～23年度)

10. [市民・事業者の方へ]申請書・様式

- 給付関係申請・届出書様式
- 介護認定申請書様式について

給付関係申請・届出書様式

- 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業費補助金の交付について

11. [市民・事業者の方へ]介護サービス事業情報

- 介護報酬費等請求について（サービスコード表等）【令和6年4月1日施行】
- 介護保険法に基づく行政処分について
- 介護報酬費等請求について（サービスコード表等）【令和4年4月1日施行】
- 介護報酬費等請求について（サービスコード表等）【平成30年4月1日施行】
- 事業所評価加算算定基準適合事業所について
- 介護報酬費等請求について（サービスコード表等）【令和4年10月1日施行】
- 介護報酬費等請求について（サービスコード表等）【令和元年10月1日施行】
- 介護報酬費等請求について（サービスコード表等）【令和3年4月1日施行】



くらしの情報



観光情報



事業者向け情報



市政情報



すべて ページ PDF



よくある質問と回答

現在地 [トップページ](#) > [分類でさがす](#) > [くらしの情報](#) > [その他介護保険に関すること](#) > 給付関係申請・届出書様式

足跡 [介護保険課](#) > 給付関係申請・届出書様式

給付関係申請・届出書様式

印刷ページ表示

重要なお知らせ

総合あんしんセンター内の防災
対策部の電話機不具合について

住宅改修・福祉用具購入・軽度者レンタル

住宅改修・福祉用具購入・福祉用具貸与関係

住宅改修	介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書 [Wordファイル/61KB]
	介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書【受領委任払用】 [Wordファイル/63KB]
	住宅改修が必要な理由書 [Wordファイル/52KB]
	[親族用]住宅改修承諾書 [Wordファイル/36KB]
	[相続人代表用]住宅改修承諾書 [Wordファイル/36KB]
	[賃借人用]住宅改修承諾書 [Wordファイル/36KB]
	住宅改修完了届出書 [Wordファイル/24KB]
	住宅改修完了届出書【受領委任払用】 [Wordファイル/22KB]
福祉用具購入	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書 [Wordファイル/56KB]
	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【受領委任払用】 [Wordファイル/58KB]
	福祉用具購入理由書 [Wordファイル/17KB] → 【令和6年4月1日以降申請分新様式】 福祉用具購入理由書（令和6年4月1日以降分） [Wordファイル/22KB]
	排泄予測支援機器確認調査 [Wordファイル/28KB]
	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請取下げ届出書 [Wordファイル/19KB]
軽度者レンタル	介護保険軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書 [Wordファイル/28KB]
福祉用具及び住宅改修の取扱いについて	介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについての一部改正について [PDFファイル/1.03MB]

介護サービス費等支給申請関係

償 還 払

居宅介護サービス費等支給（償還払い）

サービス提供証明書

 介護保険居宅介護サービス費等支給申請書 [Wordファイル/52KB]
 居宅サービス・地域密着型サービス[Wordファイル/166KB]
 介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス[Wordファイル/165KB]
 短期入所生活介護[Wordファイル/149KB]
 介護予防短期入所生活介護 [Wordファイル/150KB]
 短期入所療養介護（老健） [Wordファイル/144KB]
 介護予防短期入所療養介護（老健） [Wordファイル/145KB]
 短期入所療養介護（病院・診療所） [Wordファイル/168KB]
 介護予防短期入所療養介護（病院・診療所） [Wordファイル/168KB]
 短期入所療養介護（介護医療院） [Wordファイル/146KB]
 介護予防短期入所療養介護（介護医療院） [Wordファイル/146KB]
 認知症対応型共同生活介護（短期利用以外） [Wordファイル/119KB]
 認知症対応型共同生活介護（短期利用） [Wordファイル/116KB]
 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外） [Wordファイル/118KB]
 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用） [Wordファイル/117KB]
 特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外） [Wordファイル/120KB]
 特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用） [Wordファイル/118KB]
 介護予防特定施設入居者生活介護[Wordファイル/121KB]
 居宅介護支援 [Wordファイル/144KB]
 介護予防支援[Wordファイル/143KB]
 介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 [Wordファイル/156KB]
 介護保険施設サービス[Wordファイル/151KB]
 介護療養施設サービス[Wordファイル/171KB]
 介護医療院サービス [Wordファイル/153KB]

求償関係（第三者行為）

第三者行為求償

第三者行為（交通事故等）求償

※第三者行為求償について

 第三者行為による介護給付届 [Wordファイル/59KB]
 念書 [Wordファイル/25KB]
 確約書 [Wordファイル/32KB]
 事故発生状況報告書 [Wordファイル/48KB]
 ※第三者行為求償に係る届出に関するチラシ [PDFファイル/155KB]
 ※第三者行為による保険給付と損害賠償請求権に係るQ & A等 [PDFファイル/264KB]

発 行 元

高知市 介護保険課 給付係
(電話) 088-823-9959



