

福祉用具購入について

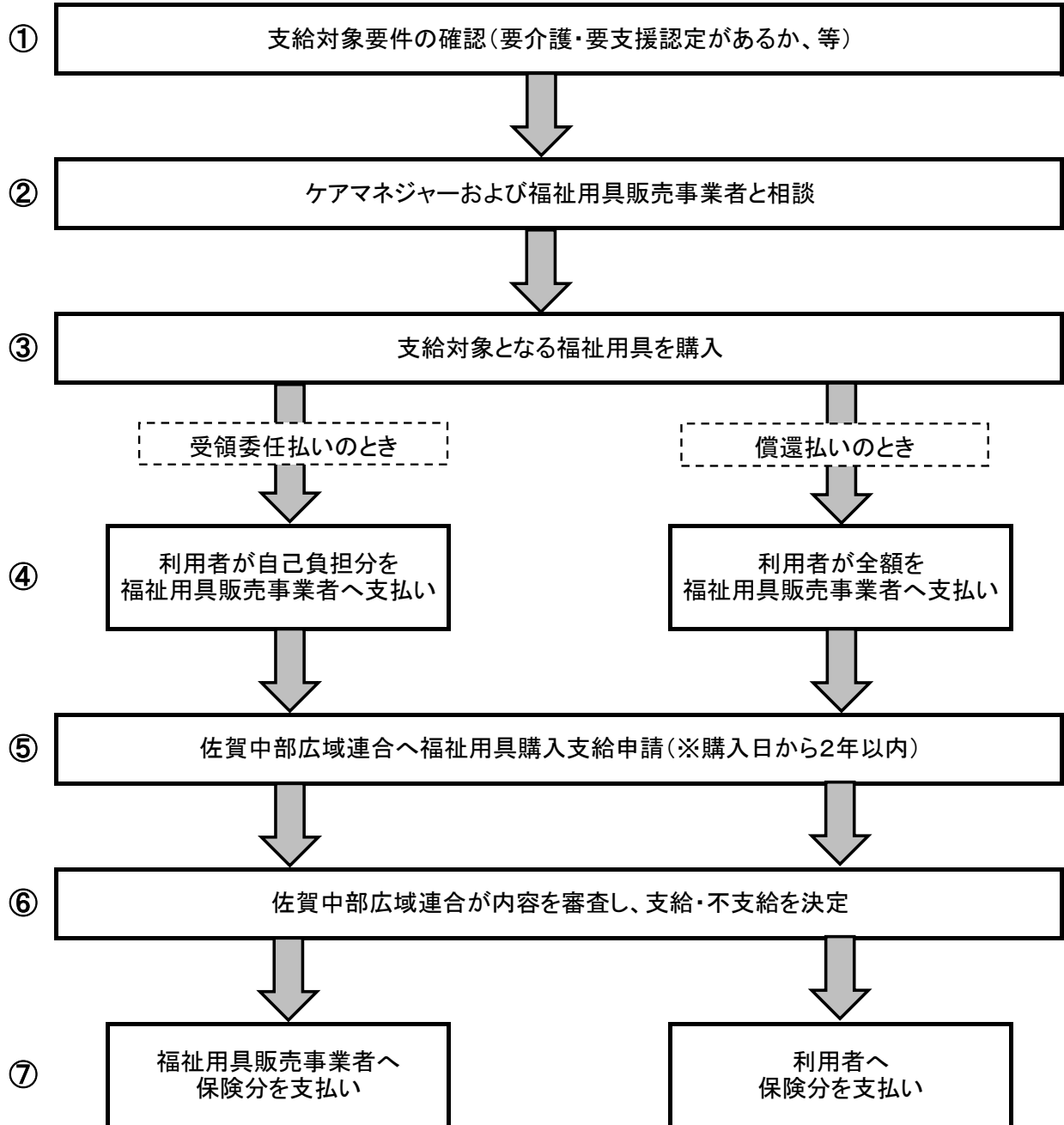
佐賀中部広域連合
令和8年3月版

目次

1. 福祉用具購入支給申請手続きの流れ	.....2
2. 福祉用具購入に関する注意事項	.....3
3. 特定福祉用具購入についてよくある質問事項	.....5
4. 様式	
・福祉用具購入費等支給申請書(償還払い用)	.....7
・福祉用具購入費等支給申請書(受領委任払い用)	.....8
・福祉用具購入費等支給申請書(償還払い用)(記入要領)	.....9
・福祉用具購入費等支給申請書(受領委任払い用)(記入要領)	.....10
・福祉用具購入費等支給申請書(償還払い用)(記入例)	.....11
・福祉用具購入費等支給申請書(受領委任払い用)(記入例)	.....12
・介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書	.....13
・介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書 (記入例)	.....14
・ホームページに掲載している様式一覧	.....15

○福祉用具購入支給申請手続きの流れ

・手続きの流れ



福祉用具購入に関する注意事項

支給限度額について

福祉用具購入費の対象となる限度額は、同一年度内(購入日が4月1日から翌年3月31日まで)で10万円以内です。この額を超える部分の購入費用は支給対象となりません。

負担割合について

平成27年8月からは原則一律1割だった介護サービスの自己負担の割合が、所得等に応じて、2割と1割の2段階に変更となっています。また、30年8月からは、3割、2割、1割の3段階となっています。福祉用具購入費についての負担割合の起算点は、領収証の領収日となりますので、領収の際は必ず負担割合証の確認をお願いします。

特に、負担割合の変更の時期である8月に領収される場合は、負担割合にご注意ください。

受領委任払いについては、申請書受付の際に、領収証の金額が負担割合で計算した金額と異なる場合、一旦申請書を返却し、領収のやり直しをしていただくことになります。

重複購入について

原則として、過去に同じ種類の福祉用具を介護保険の給付を利用して購入されている場合は再購入を給付対象とすることはできません。

ただし、前回購入からの年月や申請者の身体状況の変化等を考慮し、再購入の申請を認める場合もありますので、重複購入を検討される場合は、佐賀中部広域連合にご相談ください。

- 例 ●以前購入したものが経年劣化で破損し、メーカー等での修理が不可能となった場合
●経年劣化で破損し、修理は可能であるが新しく購入した方が安価な場合
●以前購入した福祉用具が身体状況に合わなくなり、生活改善が困難になっている場合 等

再申請の際は、以前購入した福祉用具の写真や破損状況が確認できる写真、修理にかかる経費の見積書等の提出を求める場合があります。

福祉用具が必要な理由について

申請書には福祉用具が必要な理由の記載が必要になっていますが(福祉用具サービス計画書またはケアプランにより、理由が確認できる場合は省略可)、記載内容に具体性がなく、追記等を依頼することが多々あります。

福祉用具が必要な理由については、申請者の身体状況とそれに伴い解決すべき課題、そしてどの福祉用具を使用して、課題をどのように解決するのかをできる限り具体的に記載してください。

- 例 ●腰椎圧迫骨折後、腰の痛みで行動が制限されたため、脚力低下が進み、足があがりやすく、すり足歩行の状態となった。移動が緩慢になっているので、トイレまでの移動の際に間に合わないことが多くなっている。ポータブルトイレを自室で使用することで、排泄の自立を可能にする。
●変形性膝関節症のため、膝関節の痛みや可動域に制限があり、低い位置からの立ち座りが困難になっている他、浴槽のまたぎにも支障をきたしている。シャワーチェアで起居動作をより安楽に行い、浴槽台で浴槽の段差を解消することで、安全に入浴することができる。 等

本人死亡後の申請について

福祉用具購入については、領収証の領収日で被保険者資格の有無を判断します。用具の納品を先に行い使用しているが、代金未払いのまま本人が死亡された場合は、被保険者資格が喪失するため、申請できませんのでご注意ください。

領収日時点では生存されていたが、申請書を提出するまでの間に死亡された場合は申請できます。その場合、申請者記入欄の余白に、「相続人の氏名・続柄・住所（申請者と異なる場合）の記入」と「押印（申請者と姓が異なる場合）」が必要です。

申請書提出の遅延について

福祉用具の購入から半年以上たって、受領委任払いの申請書を提出される例が散見されています。申請書の提出に時間を要しすぎている場合は、負担割合が領収日で起算されることから、申請内容に疑義が発生することがあり、福祉用具サービス計画書の提出依頼やケアマネジャーへの聞き取りを行う場合があります。

また上記の他、利用者に支給決定通知を送付した際に、領収日から長く時間が経過しているため実態とあっているかわからないという意見をいただいた事例があります。領収・申請は可能な限り、速やかにお願いします。

申請書等の記載誤りについて

申請書や領収証、その他の添付書類を窓口で提出される際、各記載事項の書き間違いが非常に多く見受けられます。申請者が記載する住所、氏名、電話番号に誤りがあった場合は申請者の訂正印で修正をしてください。その他の申請書記載事項に誤りがあった場合は申請書の「届出をされた方」の訂正印で修正をしてください。その際は、「届出をされた方」に記載している氏名のところにも同じ印の押印をしてください。

なお、領収証の金額の修正はできませんので、細心の注意を払って作成してください。

複数個購入する場合の領収証について

同じ日に福祉用具を複数個購入した場合に、一つの福祉用具につき、一つの領収証を作成している事例がありますが、審査の際は、全体の合計額から負担割合を算出するため自己負担額の計算が合わなくなるということが生じています。そのため、一つの申請書に添付する領収証は一枚とさせていただきます。

なお、領収証には購入した福祉用具の10割の金額の記載をお願いしていますが、複数個購入する場合は合計金額ではなくそれぞれの金額の記載をお願いします。

特定福祉用具購入についてよくある質問事項

Q1 Aという福祉用具が介護保険の福祉用具購入の対象か否か？またその基準は？

A 基本的には、公益財団法人テクノエイド協会の福祉用具購入対象となっているか否かを基に判断しています。購入対象になっていない又はテクノエイド協会に登録がない福祉用具については、告示等と照らし判断しますので、詳細は当連合にお問い合わせください。

Q2 福祉用具購入の支給限度額及び負担割合の起算点は？

A 起算点は申請の際に提出される領収証の領収日になります。支給限度額は4月1日～翌年3月31日までで10万円以内となります。負担割合については、毎年8月が年度替わりになりますので、この時期は特に注意が必要です。また、負担割合と異なる金額の領収証が申請書に添付されていた場合は、領収証の再提出を依頼します。

Q3 過去に給付実績のある同一品目の再購入(重複購入)が給付対象となるか？

A 原則として、福祉用具を介護保険の給付を利用して購入されている場合、同一品目の再購入を給付対象とすることはできません。

ただし、前回購入からの年月や申請者の身体状況の変化等を考慮し、

- ①以前購入したものが経年劣化で破損し、メーカー等での修理が不可能となった場合
- ②経年劣化で破損し、修理は可能であるが、新しく購入した方が安価な場合
- ③以前購入した福祉用具が身体状況に合わなくなり、生活改善が困難になっている場合 等

には、再購入の申請を認める場合もありますので、重複購入を検討される場合は、当連合にお問い合わせください。

再申請の際は、以前購入した福祉用具の写真や破損状況が確認できる写真や修理にかかる経費の見積書等の提出を求める場合があります。

Q4 和式便器に置く腰掛便座や洋式便器の補高便座と、居室で使うポータブルトイレを双方購入した場合、給付対象となるか？

A 被保険者の身体状況や家屋の状況から、昼間は通常のトイレ、夜間はポータブルトイレを使い分ける等、必要性がある場合は、給付対象となります。

Q5 ウォシュレット機能付の補高便座やポータブルトイレは給付対象となるか？

A 重度の上肢の動作不良のため、自分での拭き取りが困難である場合等、身体状況に起因し、必要性がある場合は給付対象となりますが、本人や家族の希望という理由のみでは対象となりません。また基本的に高価な福祉用具になりますので、給付対象の福祉用具であるか、支給限度額は残っているか、重複購入に該当しないか等の確認は、購入前に行うことが必要になります。

Q6 自動ラップ式のポータブルトイレは給付対象となるか？

A 本人の身体状況により排泄物の自己処理が困難であり、かつ家族等による支援を受けることができないなど、必要性が認められる場合は給付対象となりますが、本人や家族の希望という理由のみでは対象となりません。また、Q5と同様に、高価な福祉用具になりますので、給付対象の福祉用具であるか、支給限度額は残っているか、重複購入に該当しないか等の確認は、購入前に行うことが必要になります。

Q7 シャワーチェアの購入による給付実績がある場合、シャワーキャリーは給付対象となるか？

- A 原則として、重複購入に該当すると判断し、支給対象となりません。
シャワーチェア購入時は歩行可能であったが、下肢の状態悪化で歩行困難となっている場合等は、重複購入が可能な場合もありますので、当連合にお問い合わせください。

Q8 福祉用具の部品購入費は、給付対象となるか？

- A 福祉用具を構成する部品については、福祉用具購入費の対象となる福祉用具であって、製品の構造上、部品交換がなされることが前提となっている部品であり、必要性が認められる場合は、給付対象となります。申請時に、破損した部品の写真や価格の根拠となるカタログ等の添付を求める場合があります。

Q9 排泄予測支援機器を購入する場合の添付書類があるか？

- A 通常の申請書類に加えて、以下のいずれかの医学的な所見が分かる書類が必要になります。
- ・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介護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
- また、退所前の施設等で使用していた等の特別な事情がない限り、一定期間の試用を行い、申請書や特定福祉用具販売計画書等への記載が必要です。

Q10 スロープを購入する場合の添付書類があるか？

- A 通常の申請書類に加えて、設置写真(スロープにメジャーを当て採寸したもの)と設置場所がわかる自宅等の平面図が必要になります。
なお、スロープを再度購入する場合は、以前購入したスロープ位置を平面図に記載してください。

Q11 施設や住所地以外で使用する場合の添付書類があるか？

- A 住宅型有料老人ホーム等の居宅と認められる施設に居住する人の購入の場合は、施設全体の平面図と部屋の見取図、使用状況の写真を添付してください。(親族の家の場合は、使用状況の写真は不要。)

Q12 オーダー品の場合の添付書類があるか？

- A 納品書と元となったカタログのコピー、設置前・設置後の寸法を測ってメジャーを当てた写真が必要になります。(すのこであれば段差が解消されていることが分かるような写真が必要。)

福祉用具購入費等支給申請書（償還払い用）

フリガナ			申請年月日	令和 年 月 日			
被保険者氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女			
住所							
福祉用具名 (製造元・種目名・商品名)	事業所番号		購入にかかる費用	購入年月日			
	福祉用具販売事業所名						
			円	令和	年	月	日
			円	令和	年	月	日
合計			円				
福祉用具が 必要な理由	※必要性のわかるサービス計画書（福祉用具または居宅）を添付する場合は記入不要。						
<p>(宛先) 佐賀中部広域連合長</p> <p>上記のとおり福祉用具購入費等の支給を申請します。なお、福祉用具購入費等を下記の口座に振り込んでください。</p> <p>申請者（被保険者本人）</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印 電話番号 _____</p>							
届出をされた方	氏名	申請者との関係（ ）					
	事業所名 及び住所	電話番号					
必要添付書類 (※は申請内容による)	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 購入物品のカタログ等 <input type="checkbox"/> 使用状況確認書 <input type="checkbox"/> 購入物品の写真※ <input type="checkbox"/> 使用・設置場所平面図※ <input type="checkbox"/> 設置写真※ <input type="checkbox"/> 別途佐賀中部広域連合が求める書類※						

口座振込依頼欄	以外の金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 出張所 支店 支所	種目	口座番号			
		金融機関コード	店舗コード	フリガナ				
	ゆうちょ銀行	種目	1.普通 2.当座 3.貯蓄 4.振替	フリガナ				
		通帳記号		通帳番号				
通帳に振込口座の印字がある場合、右欄もご記入ください。		店番	口座番号					

記入欄 保険者	<input type="checkbox"/> 負担割合【1・2・3・4】	給付対象額	円
	<input type="checkbox"/> 滞納保険料【無・有】	支給決定額	円
	<input type="checkbox"/> 同一年度内給付済対象額【無・有（ ）円】		
	<input type="checkbox"/> 重複購入【無・有（ ）】		

令和8年1月作成

記入要領

新規・区変・要支援・要介護

購入日時時点の介護度

償還

福祉用具購入費等支給申請書（償還払い用）

フリガナ			申請年月日	令和	年	月	日		
被保険者氏名	被保険者証を参照		被保険者番号						
			個人番号	個人番号は記入不要					
生年月日	大・昭	日	性別	男・女					
住所									
福祉用具名 (製造元・種目名・商品名)	事業所番号		購入にかかる費用	購入年月日					
	福祉用具販売事業所名								
<ul style="list-style-type: none"> ・カタログ、領収証と合わせる ・スロープなど複数個購入した場合は、まとめて記入でもいいが単価を記載すること 	10ケタの事業所番号を記載		カタログ記載の価格 以下であること	<ul style="list-style-type: none"> ・領収証と同日 ・認定期間内 ・購入日から2年以内 ・死亡日より前であること 					
	事業所名を記載								
	合計							円	
福祉用具が必要な理由	※必要性のわかるサービス計画書（福祉用具または居宅）を添付する場合は記入不要。 詳しく記載すること（重複購入・再購入の場合は、購入しなければならない理由を詳しく記載）								
(宛先) 佐賀中部広域連合長 上記のとおり福祉用具購入費等の支給を申請します。なお、福祉用具購入費等を下記の口座に振り込んでください。									
申請者（被保険者本人）	申請者本人記載・押印 ※死亡後の申請の場合は欄外に相続人氏名・続柄・住所（申請者と異なる場合）を記載、および姓が異なる場合は押印も必要								
届出をされた方	氏名						申請者との関係（ ）		
	事業所名及び住所	事業所記載					電話番号		
必要添付書類 (※は申請内容による)	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 購入物品のカタログ等 <input type="checkbox"/> 使用状況確認書 <input type="checkbox"/> 購入物品の写真※ <input type="checkbox"/> 使用・設置場所平面図※ <input type="checkbox"/> 設置写真※ <input type="checkbox"/> 別途佐賀中部広域連合が求める書類※								
口座振込依頼欄	以外の金融機関	銀行	信用金庫	信用組合	農協	漁協	種目	口座番号	
		金融機関コード						1.普通	
	ゆうちょ銀行	種目	1.普通				口座番号		
		通帳				口座番号			
通帳に振込口座の印字がある場合、右欄もご記入ください。			店番	口座番号					
<input type="checkbox"/> 口座振込【1・2・3・4】								円	
<input type="checkbox"/> 重複購入【無・有（ ）】								円	

(記入例) 福祉用具購入費等支給申請書 (償還払い用)

フリガナ	サガ タロウ		申請年月日	令和 年 月 日									
被保険者氏名	佐賀 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
			個人番号										
生年月日	大	昭	17年1月1日	性別		男 ・ 女							
住所	佐賀市白山〇丁目〇番〇号												
福祉用具名 (製造元・種目名・商品名)	事業所番号			購入にかかる費用	購入年月日								
	福祉用具販売事業所名												
入浴補助用具 パナソニック シャワーチェア (ユクリア) コンパクトSP おりたみN PN-L41321A	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(株)中部広域連合			30,000 円	令和 8年 1月 10日								
	合計			30,000 円									
福祉用具が 必要な理由	※必要性のわかるサービス計画書 (福祉用具または居宅) を添付する場合は記入不要。												
	下肢筋力低下により立ち座りや歩行にふらつきがあり、転倒の危険性が高い。												
	シャワーチェアを利用することで、安全な立ち座り動作の補助と												
	洗身時の安定した姿勢の保持を図り安心して入浴動作が行えるようになる。												
(宛先) 佐賀中部広域連合長													
上記のとおり福祉用具購入費等の支給を申請します。なお、福祉用具購入費等を下記の〇													
申請者 (被保険者本人)													
住所 佐賀市白山〇丁目〇番〇号													
氏名 佐賀 太郎													
電話番号 0952-00-0000													
※申請者死亡時は欄外に相続人氏名、続柄、住所 (申請者と異なる場合) を記載、姓が異なる場合は押印も必要													
届出をされた方													
氏名 〇〇 〇〇 申請者との関係 (業者)													
事業所名 及び住所 (株)中部広域連合 佐賀市〇〇町〇〇番地 電話番号 0952-00-0000													
必要添付書類 (※は申請内容による)													
<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 購入物品のカタログ等 <input type="checkbox"/> 使用状況確認書 <input type="checkbox"/> 購入物品の写真※ <input type="checkbox"/> 使用・設置場所平面図※ <input type="checkbox"/> 設置写真※ <input type="checkbox"/> 別途佐賀中部広域連合が求める書類※													

口座振込依頼欄	以外の金融機関	銀行	佐賀			本店	種目							
		信用金庫				出張所	〇 座 番 号							
	信用組合				支店	1.普通 2.当座								
	農協				支所	1 2 3 4 5 6 7								
	金融機関コード			店舗コード			フリガナ							
	0	1	7	9	5	0	0	サガ タロウ						
	種目			1.普通 2.当座 3.貯蓄 4.振替			フリガナ							
	通帳記号			-			〇座名義人 (被保険者本人)							
							佐賀 太郎							
	通帳に振込口座の印字がある場合、右欄もご記入ください。			店番			通帳番号							

記入欄	負担割合【1・2・3・4】	給付対象額	円
	滞納保険料【無・有】	支給決定額	円
	同一年度内給付済対象額【無・有 (円)】		
	重複購入【無・有 ()】		
令和8年1月作成			

（記入例） 福祉用具購入費等支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ	サガ タロウ		申請年月日	令和 年 月 日									
被保険者氏名	佐賀 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
			個人番号										
生年月日	大・昭 17 年 1 月 1 日		性別	男 ・ 女									
住 所	佐賀市白山〇丁目〇番〇号												
福祉用具名（製造元・種目名・商品名）			購入にかかる費用	購入年月日									
入浴補助用具 パナソニック シャワーチェア（ユクリア）コンパクトSPおりたみN PN-L41321A			30,000 円	令和 8 年 1 月 10 日									
			円	令和 年 月 日									
			円	令和 年 月 日									
合 計			30,000 円										
福祉用具が 必要な理由	※必要性のわかるサービス計画書（福祉用具または居宅）を添付する場合は記入不要。												
	下肢筋力低下により立ち座りや歩行にふらつきがあり、転倒の危険性が高い。												
	シャワーチェアを利用することで、安全な立ち座り動作の補助と												
	洗身時の安定した姿勢の保持を図り安心して入浴動作が行えるようになる。												
（宛先）佐賀中部広域連合長 上記のとおり居宅介護福祉用具購入費等の支給を申請します。 申請者（被保険者本人） 住 所 佐賀市白山〇丁目〇番〇号 佐賀 一郎（長男） 氏 名 佐賀 太郎 佐賀 電話番号 0952-00-0000 ※申請者死亡時は欄外に相続人氏名、 続柄、住所（申請者と異なる場合）を 記載、姓が異なる場合は押印も必要 なお、上記申請に基づく居宅介護福祉用具購入費等の受領は、下記の者に委任します。 受任者（登録販売事業者） 【事業所番号： 4 1 0 0 0 0 0 0 0 0】 住 所 佐賀市〇〇町〇〇番地 氏 名 (株)中部広域連合 中部 広域 連合 電話番号 0952-00-0000													
届出をされた方	氏 名	〇〇 〇〇		申請者との関係（ 業 者 ）									
	事業所名 及び住所	(株)中部広域連合 佐賀市〇〇町〇〇番地		電話番号 0952-00-0000									
必要添付書類 （※は申請内容による）	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 購入物品のカタログ等 <input type="checkbox"/> 使用状況確認書 <input type="checkbox"/> 購入物品の写真※ <input type="checkbox"/> 使用・設置場所平面図※ <input type="checkbox"/> 設置写真※ <input type="checkbox"/> 別途佐賀中部広域連合が求める書類※												

保 険 者 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 負担割合【 1・2・3 】	給付対象額	円
	<input type="checkbox"/> 滞納保険料【 無・有 】	自己負担額 （領収証の額）	円
	<input type="checkbox"/> 同一年度内給付済対象額【 無・有（ 円 ）】	支給決定額	円
	<input type="checkbox"/> 重複購入【 無・有（ ）】		

令和8年1月作成

介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書

申請者（被保険者）氏名			
No.	項目	該当する方に○	
1	福祉用具を使用している場所は、被保険者証に記載されている住所地と同じですか。 ※被保険者証の住所地と違う場合、下記に使用場所を記載してください。	はい	いいえ
2	入院・入所中の購入ではありませんか。 ※入院・入所中の購入は支給対象外となります。	はい	いいえ
3	被保険者および家族等に対し、使用方法の説明を行い、必要に応じ用具の高さ調整等を行いましたか。	はい	いいえ
4	被保険者が実際に使用されていることを確認しましたか。	はい	いいえ
5	確認日を記載してください。	年	月 日
6	確認日が購入日（領収証記載日）より前の場合、納品日を記載してください。	年	月 日

以上、確認しました。

確 認 者

事業所名

氏 名

申請者との関係

※作成時の注意点

- ① 6の納品日について、確認日が購入日の同日以降であれば記載は不要です。
- ② 確認者については、担当ケアマネジャーが記入してください。担当ケアマネジャーがいない場合は、申請者親族が記入してください。

介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書 (記入例)

申請者（被保険者）氏名		佐賀 太郎	
No.	項目	該当する方に○	
1	福祉用具を使用している場所は、被保険者証に記載されている住所地と同じですか。 ※被保険者証の住所地と違う場合、下記に使用場所を記載してください。 <u>佐賀市白山二丁目1番12号（子の家）</u>	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
2	入院・入所中の購入ではありませんか。 ※入院・入所中の購入は支給対象外となります。	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ
3	被保険者および家族等に対し、使用方法の説明を行い、必要に応じ用具の高さ調整等を行いましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ
4	被保険者が実際に使用されていることを確認しましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ
5	確認日を記載してください。	R8 年 1 月 8 日	
6	確認日が購入日（領収証記載日）より前の場合、納品日を記載してください。	R8 年 1 月 5 日	

以上、確認しました。

確認者

担当ケアマネジャーがいない場合は、親族等でも可

事業所名 中部居宅介護支援事業所

氏名 佐賀 花子

申請者との関係 ケアマネジャー

※作成時の注意点

- ① 6の納品日について、確認日が購入日の同日以降であれば記載は不要です。
- ② 確認者については、担当ケアマネジャーが記入してください。担当ケアマネジャーがいない場合は、申請者親族が記入してください。

○ホームページに掲載している様式一覧

16. 福祉用具購入費等支給申請書（受領委任払い用）
17. 福祉用具購入費等支給申請書（償還払い用）
18. 介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書
19. 福祉用具購入費等受領委任払い取扱販売事業者変更届出書
※名称や住所、電話番号等に変更がある場合は提出をお願いします。
20. 居宅介護福祉用具購入費の受領に係る預金口座届出書
※代表者に変更がある場合はこちらの提出もお願いします。

上記の様式等がホームページよりダウンロードできます。

○様式は以下の手順で取り出せます。

「佐賀中部広域連合」のホームページ（https://www.chubu.saga.saga.jp/_201.html）

⇒「介護保険」

⇒「各種申請書」

⇒「事業者向け」の「給付関係」

⇒「給付【居宅介護支援事業所等用】」

⇒「住宅改修・福祉用具購入・福祉用具貸与」

以上の順番で進んでいくと、様式をダウンロードできます。

なお、ご不明な点等は下記問い合わせ先までご連絡ください。

問い合わせ先

佐賀中部広域連合給付課給付係

TEL：0952-40-1134

FAX：0952-40-1165