(様式第3号)

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書
（受領委任払い用）

フリガナ		保険者番号		3	8	2	1	0	1
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男 ・ 女					
住所	〒 電話								
福祉用具名 （種目名及び商品名）	製造時業者及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
福祉用具が 必要な理由									
伊予市長 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。 年 月 日 住所 申請者 電話 氏 名									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等、ケアプラン又は理由書を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 支所 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 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

伊予市記入欄

審査	課長	課長補佐	担当

決定	費用額	給付率	保険給付額
	円		円