

## 請求書及び口座振込依頼書

吹田市長 宛

請求額			万	千	百	十	円
-----	--	--	---	---	---	---	---

介護保険給付にかかる上記の支給費を請求します。

年 月 日

被保険者住所								電話番号					
被保険者氏名 (自 署)	※本人が記入しない場合は記名押印してください。												
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所			口座種別	口 座 番 号					
	金融機関コード			支店コード			1. 普通預金						
							2. 当座預金						
							3. その他						
	フリガナ												
口座名義													
委任欄	<p>※口座名義と被保険者名が異なる場合は、下記被保険者氏名（自署）を記入してください。</p> <p>介護保険給付にかかる支給費について、その受領を上記の口座名義人に委任します。</p> <p>被保険者氏名（自署）</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">※本人が記入しない場合は記名押印してください。</p>												

記入内容に軽微な誤り(金額誤りは除く)があった場合は、吹田市が訂正することに同意します。	
申請者(被保険者)署名欄 (自 署)	(記入必須)
_____	
※本人が記入しない場合は記名押印してください。	

(吹田市記入欄: 字抹消 字加入)

### ※注意事項

上記に同意がない場合、内容訂正のために書類の再提出をお願いすることがあります。