

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		①					
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	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				
	ふりがな						
口座名義人							

※ご注意

- 1 印鑑は朱肉にて押印してください。(鮮明に押印してください。) スタンプ印は認められません。
- 2 口座名義人と被保険者が異なる場合は、下記委任状に記名押印してください。

委任状

介護保険給付にかかる支給費について、その受領の権限を下記の者に委任します。

年 月 日

委任者 (被保険者) 住所 _____ ①
 氏名 _____ ①

上記権限を受任しました。

受任者 住所 _____ ①
 氏名 _____ ①