

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	※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。 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。 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。													

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。