

吹田市代理受領に係る福祉用具購入費支払請求書及び口座振込依頼書

吹田市長 宛

支払請求額	¥	万	千	百	十	円
		9	0	0	0	0

金額については空欄で構いません。

福祉用具購入費の支払を請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

請求者には被保険者本人の住所、氏名を記載し、押印してください。(スタンプ印不可)

日付は空欄でお願いします。

年 月 日

請求者(委任者) 住所 吹田市泉町X-X-X (捨印)

氏名 吹田 太郎 (印)

事業者(受任者) 住所 吹田市泉町O-O-O (捨印)

名称 株式会社 △△△ (印)

代表者氏名 代表取締役 千里 花子 (印)

事業者には振込を受ける事業者の住所、名称、(代表者役職)、代表者氏名を記載してください。印鑑は代表者印を押印してください。

XXX	銀行 信用金庫 信用組合 農協	XXX	本店 支店 出張所	口座	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									
1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ		カブシキカイシャ △△△ ダイヒョウトリシマリヤク センリハナコ											
口座名義		株式会社 △△△ 代表取締役 千里 花子											

口座は振込を受ける事業者の口座を記載してください。